

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele

Kód oboru: 7506R029

Název bakalářské práce:

**POSTOJ SPOLEČNOSTI K JEDINCŮM SE
ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

***THE ATTITUDE OF THE SOCIETY TOWARDS INDIVIDUALS
WITH A HEALTH HANDICAP***

Autor:
Jarmila Sedláková
Ladova 4
412 01 Litoměřice

Podpis autora: _____

Vedoucí práce: Ing. Zuzana Palounková

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
63	0	11	10	15	1 + 1 CD

CD obsahuje **celé** znění bakalářské práce.

V Liberci dne: 30.4.2007

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení:

Jarmila Sedláková

Adresa:

Ladova 4, 412 01 Litoměřice

Studijní program:

Speciální pedagogika

Studijní obor:

Speciální pedagogika pro vychovatele

Kód oboru:

7506R029

Název práce:

POSTOJ SPOLEČNOSTI K JEDINCŮM SE
ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Název práce v angličtině:

THE ATTITUDE OF THE SOCIETY TOWARDS
INDIVIDUALS WITH A HEALTH HANDICAP

Vedoucí práce:

Ing. Zuzana Palouňková

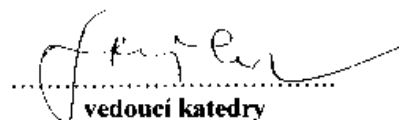
Termín odevzdání práce:

30. 04. 2007

Bakalářská práce musí splňovat požadavky pro udělení akademického titulu „bakalář“ (Bc.).



vedoucí bakalářské práce


děkan FPTUL


vedoucí katedry

Zadání převzal (student): Jarmila Sedláková

Datum: 28. 01. 2006

Podpis studenta: 

Cíl práce:

Analýza postojů společnosti k jedincům s různým zdravotním postižením.

Základní literatura:

GIDDENS, Antony. *Sociologie*. 1.vyd. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4.

HAYESOVÁ, Nicky. *Základy sociální psychologi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003.
ISBN 80-7178-763-9.

PEŠATOVÁ, Ilona, ŠVINGALOVÁ, Dana. *Úvod do speciálně pedagogické a sociální problematiky*. 1.vyd. Liberec: 2005. ISBN 80-7083-985-6.

ŠTECH, Stanislav, VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ – MOUSSOVÁ, Zuzana. *Psychologie handicapu: Handicap jako psychosociální problém*. 1.vyd. Liberec: 1997.
ISBN 80-7083-208-8

ŠVINGALOVÁ, Dana. *Kapitoly z psychologie I.díl*. 1.vyd. Liberec: 2002.
SBN 80-7083-613-X.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2.vyd. Praha: Portál, 2000.
ISBN 80-7178-496-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do vývojové psychopatologie II*. 1. vyd. Liberec: 2003.
ISBN 80-7083-670-9.

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 30. 4. 2007

Podpis:

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Ing. Zuzaně Palounkové za trpělivost, cenné rady a laskavý přístup. Dále děkuji kolegyním, paní ředitelce a své rodině za podporu a vytvoření dobrých podmínek pro práci.

Název bakalářské práce: *POSTOJ SPOLEČNOSTI K JEDINCŮM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM*

Název bakalářské práce: *THE ATTITUDE OF THE SOCIETY TOWARD DIVIVUALS WITH A HEALTH HANDICAP*

Jméno a příjmení autora: Jarmila Sedláková

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2006 - 2007

Vedoucí bakalářské práce: Ing. Zuzana Palounková

Resumé:

Bakalářská práce se zabývala problematikou jedinců se zdravotním postižením. Jejím cílem bylo analyzovat postoje společnosti k jedincům s různým zdravotním handicapem.

Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou objasňující faktory, které ovlivňují přístup společnosti k osobám s různým zdravotním postižením. Seznamovala se s vývojem postojů společnosti k těmto lidem v průběhu historie, vývojem péče o tyto osoby, se současným stavem poskytovaných služeb v rámci státního i neziskového sektoru a s právními úpravami, které by měly zabezpečit práva lidem s handicapem.

Cílem praktické části bylo prostřednictvím dotazníkové metody na vybraném vzorku, analyzovat postoje společnosti k jedincům s jednotlivým zdravotním postižením. Oblast dotazů byla směřována na názory respondentů na míru závažnosti jednotlivých zdravotních postižení a tomu odpovídající péči. Dále na oblast vztahu k jedincům s postižením a oblast pocitů, které u dotazovaných lidí s postižením vyvolávají.

Klíčová slova:

Postoj společnosti k jedincům se zdravotním postižením, analýza postojů společnosti k jedincům s různým zdravotním postižením, péče o jedince se zdravotním postižením, začleňování jedinců se zdravotním postižením do společnosti, zdravotní postižení, historie postojů k jedincům se zdravotním postižením.

Resume:

My bachelor paper deals with the phenomenon of disabled people. Its aim is to analyse the attitude of our society towards people suffering from different kinds of handicaps.

The paper consists of two main parts, a theoretical and a practical one. As for the theoretical part it clarifies and explains the factors, which influence general approach of our society to disabled people and its development throughout the history, as well as the progress in taking care about disabled patients. The paper also informs about contemporary situation in medical and social service, provided to such people in the field of state, and non-profit sector and legal modifications that are supposed to guarantee them their privileges.

The goal of the practical part was to examine the attitudes of our society towards handicapped people. For the research I used the method of questionnaires. The questions were generally focused on getting information about respondents' opinions about the level of seriousness of certain disability and the standard of the care that is provided to handicapped people. It also dealt with the relationship people have with their disabled co-citizens and the feelings the handicapped evoke in them.

Key words:

The attitude towards disabled people, the analyses of attitudes towards differently handicapped people, the care about disabled people, integration of the disabled into the society, the history of opinion development towards the handicapped

OBSAH

1 ÚVOD.....	9
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	11
2.1 Faktory ovlivňující postoj k osobám s postižením.....	11
2.1.1 Socio – kulturní a filozoficko – náboženské faktory.....	11
2.1.2 Ekonomické faktory.....	13
2.1.3 Předsudky.....	13
2.1.4 Stigmatizace.....	14
2.2 Vztah společnosti k jedincům se zdravotním postižením.....	15
2.2.1 Vztah k jedincům se zrakovým postižením.....	15
2.2.2 Vztah k jedincům se sluchovým postižením.....	16
2.2.3 Vztah k jedincům s vadami řeči.....	16
2.2.4 Vztah k jedincům s mentálním postižením.....	17
2.2.5 Vztah k jedincům s tělesným postižením.....	17
2.2.6 Některá vybraná onemocnění jako stigma.....	18
2.3 Vývoj vztahu k jedincům s postižením v průběhu historie.....	20
2.3.1 Stádium represivní.....	20
2.3.2 Stádium charitativní péče.....	21
2.3.3 Stádium humanitní péče.....	21
2.3.4 Stádium rehabilitační a preventivní péče.....	22
2.4 Vývoj péče o jedince s postižením.....	24
2.4.1 Péče o osoby s mentálním postižením.....	27
2.4.2 Péče o osoby se zrakovým postižením.....	28
2.4.3 Péče o osoby s tělesným postižením.....	28
2.4.4 Péče o osoby se sluchovým postižením.....	30
2.4.5 Neziskový sektor a organizace občanů se zdravotním postižením.....	30
2.4.6 Mezinárodní organizace zdravotně postižených.....	32
2.5 Lidé s postižením a právo.....	32
2.5.1 Legislativa České republiky.....	33
3 PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
3.1 Cíl praktické části.....	35
3.1.1 Stanovení předpokladů.....	35
3.2 Použité metody.....	36
3.3 Popis zkoumaného vzorku.....	37

3.4	Výsledky a jejich interpretace.....	37
3.4.1	Závažnost zdravotního postižení.....	38
3.4.2	Míra potřebné pomoci.....	40
3.4.3	Oblast vztahů k osobám s postižením.....	42
3.4.3.1	Poskytnutí pomoci člověku s postižením.....	42
3.4.3.2	Přátelský vztah s člověkem s postižením.....	44
3.4.3.3	Partnerský vztah s člověkem s postižením.....	46
3.4.4	Oblast pocitů vyvolávaných lidmi s postižením	48
3.4.4.1	Pocit lítosti.....	48
3.4.4.2	Pocit nejistoty.....	50
3.4.4.3	Pocit strach.....	52
3.4.4.4	Pocit odporu.....	54
3.4.4.5	Pocit lhostejnosti.....	56
3.4.5	Vyhodnocení předpokladů.....	58
4	ZÁVĚR.....	60
5	NÁVRH DOPORUČENÍ.....	61
6	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	62
7	SEZNAM PŘÍLOH.....	63

1 ÚVOD

Životní perspektivy postiženého jedince závisejí z části na něm samém, na jeho osobní historii a na způsobu, jakým překonává daná postižení. Zároveň však závisí na společnosti, na celkovém klimatu tolerance a ochoty přijímat jinakost a odlišnost. Systém péče o postižené, který je zaměřen pouze na stránku pečující a ochraňující, je zároveň omezující a odsuzuje postižené k trpné roli těch, kteří žijí v závislosti na ostatních. Na druhé straně rodící se tendence oceňovat ostatní členy společnosti pouze podle výkonu a přínosu, který mohou poskytnout (chápáno ekonomicky – osobnostní kvality a hodnoty se takto dají těžko vyjádřit), nese sebou riziko ještě většího zatlačení postižených do druhořadého postavení. Schopnost přijímat druhého člověka takového, jaký je, prokazuje úroveň vyspělosti jedince i společnosti. Péče o postižené by měla být taková, aby jim umožnila optimální rozvoj a uplatnění bez ohledu na postižení, aby se konec konců postižení stalo pouze jednou z charakteristik jedince a to možná ne tou nejdůležitější (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2001, s.224, 225).

Určité skupiny osob se zdravotním postižením byly dlouhodobě segregovány a současná společnost není dostatečně připravena na jejich opětovné začlenění, na soužití s nimi. Většina lidí vnímá člověka s postižením jako objekt péče. Často si neuvědomujeme, že ne vždy je těmto lidem poskytován takový typ péče či podpory, jakou potřebují, a zda o tuto péči stojí. Mnoho z nich touží žít pokud možno „normální“ život, mít partnera, přátele, zaměstnání, chodit do společnosti, na sportovní, kulturní akce a podobně. Naráží však na různé problémy jako jsou doprava, nedostatek bezbariérových přístupů, bezbariérového a chráněného bydlení, málo vhodných pracovních příležitostí, nedostatek chráněných míst a dílen. Setkávají se s malou vstřícností při jednání na úřadech, často mají malé možnosti získat potřebné informace o poskytovaných službách. V neposlední řadě se potýkají s předsudky a stigmatizací ze strany ostatní společnosti.

Cílem teoretické části této práce je objasnit faktory, které ovlivňují přístup společnosti k osobám s různým zdravotním postižením. Seznámit se s vývojem postojů společnosti k těmto lidem v průběhu historie, vývojem péče o tyto osoby, se současným stavem poskytovaných služeb v rámci státního i neziskového sektoru. V neposlední řadě seznámit se s právními úpravami, které by měli zabezpečit práva lidem s handicapem.

Cílem praktické části je prostřednictvím dotazníkové metody na vybraném vzorku, analyzovat postoje společnosti k jedincům s jednotlivým zdravotním postižením. Oblast zkoumání je směřována na názory dotazovaných na míru závažnosti jednotlivých zdravotních postižení a

tomu odpovídající péči. Dále na oblast vztahu k jedincům s postižením a oblast pocitů, které u dotazovaných lidí s postižením vyvolávají.

Výsledky průzkumu budou využity jednak v projektu „2. Komunitní plán péče města Litoměřic pro období let 2007 – 2009“ pracovní skupinou pro zdravotně postižené, dále projektovým týmem neziskové organizace, ve které pracuji a při jednáních a prezentaci činnosti naší organizace na veřejnosti.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Faktory ovlivňující postoj k osobám s postižením

Od počátku vývoje lidské společnosti jsou součástí společnosti i osoby, které se od většiny odlišují buď vzhledem, tělesnou nebo smyslovou vadou, duševní chorobou či jinak. Názory na to, co je normální a co se již vymyká normě, je abnormální či patologické, jsou různé. Dle statistického pojetí normality je normální to, co je časté, běžné, průměrné. Podle zdravotního hlediska je normální to, co je zdravé. Funkční pojetí říká, že je normální to, co odpovídá individualitě každého jedince a dle sociokulturního pojetí je normální to, co je v dané společnosti a kultuře běžné. Postoj k jedincům s postižením se v průběhu vývoje měnil a byl ovlivňován různými faktory.

Abychom pochopili, jak se vytvářel postoj společnosti k jejím postiženým členům, je nutno vzít v úvahu některé obecné vlastnosti psychiky člověka a jeho vztahu k ostatním lidem. Víme, že se osobnost člověka utváří v kontaktu a pod vlivem ostatních členů jeho sociální skupiny. Společnost na každé úrovni svého vývoje utváří určitá pravidla soužití, hodnoty a normy, které se stávají součástí společenského vědomí i individuálních psychických vlastností jedince v průběhu socializace (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2001, s.7).

2.1.1 Socio – kulturní a filosoficko – náboženské faktory

Hodnoty a normy každé společnosti vznikají v rámci určité kultury a jsou podmíněny historicky, to znamená úrovní vývoje celé lidské společnosti a konkrétními podmínkami života dané sociální skupiny. Kultura určuje, co je danou společností považováno za žádoucí či nežádoucí, ovlivňuje posuzování jednotlivých jevů. Vlivem socializace se kultura stává součástí individuální psychiky jednotlivce, zároveň jedince ochraňuje před neznámým, nebezpečným světem mimo vlastní skupinu, protože mu zabezpečuje přežití, bezpečí a ochranu. Podmínkou je podřízení člověka normám společnosti, ve které žije.

Lidské kultury se vyznačují neobyčejnou mnohotvárností. Hodnoty a normy jednotlivých kultur jsou velmi rozmanité a často se od sebe zásadně liší. Každá kultura má své jedinečné vzorce chování, které se lidem z jiného kulturního prostředí zdají podivné. Malá společenství bývají většinou kulturně uniformní. Velké společenství mívají řadu rozličných subkultur.

Každá kultura je tvořena artefakty což nejsou pouze umělecká díla, ale každé materiální dílo,

sociokulturními regulativy, to znamená vše co reguluje soužití (normy, hodnoty, tradice, pravidla chování). Dále idejemi symbolickými (svoboda, právo, náboženství, demokracie,...) a kognitivními (věda,..) a sociálními institucemi, což je ustálený způsob chování, který daná společnost považuje za vhodný a správný. Sociálními institucemi je například rodina, vzdělávací systém.

Každá společnost v rámci kultury vyvíjí určitý ideál, který odpovídá jejím potřebám a náboženským, ideovým a filozofickým základům. Společenský tlak na konformitu se vztahuje i na vnímání a přijímání jednotlivých členů společnosti. Jedinci, kteří se nějakým způsobem odlišují, ať chováním, fyzickým vzhledem či jinak jsou většinou vnímáni jako cizí, ohrožující nebo nebezpeční. I u zvířat můžeme pozorovat odmítání jedinců téhož druhu, kteří nevykazují fyzické znaky druhu – nejsou rozpoznáni jako příslušníci druhu (např. albíni).

Vztah k lidem, kteří se odlišují od ostatních, je v určitém smyslu založen už ve způsobu vývoje osobnosti člověka – především v sociální podmíněnosti osobnosti. Závislost jedince na sociálním prostředí je zvláště výrazná na primitivních úrovních vývoje společnosti. Čím nižší úroveň, tím více je člověk závislý na své skupině a identifikuje sám sebe především jako příslušníka rodiny, kmene nebo národa. Nejvyšším trestem v primitivních společnostech je vyhnání z kmene, což má zpravidla za následek smrt (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2001).

Společnost i jedinec potřebuje vysvětlení pro vznik onemocnění nebo narození postiženého jedince. V prvobytně pospolné společnosti vznikalo v souvislosti s náboženstvím magické myšlení a onemocnění byla zdůvodňována posedlostí zlým duchem a léčba, či ochrana spočívala v magických ochranných symbolech. S demonizací některých onemocnění se můžeme setkat ve středověku, kdy velký vliv na myšlení lidí měla církev. Šílenství bylo považováno za projev vtělení a posedlosti d'ábly. Duševně nemocní byli postaveni mimo rámec tehdejšího lékařství, nebyli pokládáni za nemocné, ale za posedlé a nepotřebovali proto řádnou lékařskou péči. Posedlost zlými duchy se dala ovlivnit pouze exorcizmem. Pod vlivem církevní inkvizice byli postižení jedinci označováni nikoli za tvory boží, ale za zplozence d'ábla a jako takoví i upalováni (např. v severských státech), či jinak fyzicky likvidováni.

Vlivem náboženských představ, u nás především křesťanských, je chápáno postižení, či nemoc i jako boží vůle – buď jako boží zkouška nebo trest. Rozšíření křesťanství s sebou přineslo i určitým způsobem organizovanou péči o postižené a staré lidi. Péče o trpící představuje jedno z poslání církve.

2.1.2 Ekonomické faktory

Ekonomická situace společnosti má významný vliv na postoj jedinců s postižením. Společnost, která jen s obtížemi zajišťuje své materiální přežití, si může těžko dovolit živit jedince, kteří nemohou přinést skupině užitek a naopak ji zatěžují péčí. Kvalita člena skupiny je měřena jeho možným přínosem pro skupinu. Jedná se zde o rozhodování mezi prospěchem jednotlivce a skupiny.

2.1.2 Předsudky

Přestože v současné době jsou známy příčiny většiny onemocnění, setkáváme se ve vztahu k lidem s postižením s předsudky, generalizací a stigmatizací.

Postoje se vždy vytvářejí jako výraz snahy o subjektivně jasnější a jednodušší orientaci ve světě. Mají svou racionální i emotivní složku a projevují se v chování. Rozumová složka zahrnuje znalosti a informace, které člověk o problému má. Citová složka vyjadřuje jakési základní hodnotící kritérium, odmítání či přijetí, které nabývá na významu zejména tehdy, když lidé o daném problému mnoho nevědí.

Tak je tomu i v případě postojů k postiženým lidem. Tato problematika byla po dlouhou dobu tabuizována. Laikům bylo sice jasné, že postižení jedinci existují, ale pokud se s nimi nesetkali v rodině či v nejbližším okolí, o jejich problémech, možnostech a omezeních prakticky nic nevěděli (Vágnerová, 2000, s.98, 99).

Emocionální postoj k lidem s postižením bývá často ambivalentní. Postižení lidé vzbuzují soucit, ale také odpor. Zde hraje velkou roli neinformovanost - postižení, které je málo časté vyvolává více strachu než běžné, známé onemocnění. Kognitivní složka postoje k nemocným a postiženým je u laiků většinou velmi slabá, chybí jim dostatek adekvátních informací. O tyto informace laická veřejnost běžně zájem neprojevuje. Předsudek slouží jako laické diagnostické kritérium, podle něhož bývají postižení diagnostikováni.

Předsudek je fixovaný, předem zformovaný postoj k nějakému objektu projevující se bez ohledu na individualitu nebo povahu tohoto objektu. Člověk, který má předsudky nezvažuje při posuzování druhých žádná alternativní vysvětlení. Výsledek jeho interpersonálního hodnocení je dopředu určen nějakou libovolnou vlastností toho druhého (Hayesová, 2003,s.121).

Předsudek je charakteristický rigiditou, iracionalitou a obtížnou ovlivnitelností novými

zkušenostmi, protože nevyplývá z pochopení určitého jevu, člověk přejímá jeho interpretaci v předem dané a ještě zjednodušené formě. Předsudek je sice nepřesným, emočně zkresleným a nesprávným hodnocením situace, ale pro laika je výhodný: nemusí se namáhat uvažováním o věcech, které dobře nezná.

Člověk má vrozenou dispozici reagovat na to, co se nějakým způsobem liší od normy, jako na něco negativního, ohrožujícího. Odlišnost vyvolává strach a tendenci odstranit či alespoň izolovat ji. Podobné chování lze pozorovat i u zvířat (Vágnerová, 2000, s.99).

Typickým projevem předsudků vůči lidem s postižením je tendence ke generalizaci, sklon vidět je všechny stejně, bez ohledu na jejich individuální zvláštnosti.

2.1.4 Stigmatizace

Trvalé postižení či chronické onemocnění může být sociálně psychologicky hodnoceno jako stigma. Stigmatizovaná onemocnění jsou takové odchylky, které mají nežádoucí nápadnosti v sociálních projevech (zevnějšek, komunikace apod.), které vyvolávají odpor a bývají často spojeny s představou, že je jedinec či předkové nějakým způsobem zavinili, např. konzumací alkoholu či neukázněným sexuálním chováním. V případě stigmatizovaných onemocnění nejde jen o faktické omezení psychických či somatických funkcí, ale o způsob, jakým jsou tito jedinci vnímáni, hodnoceni a na základě toho akceptováni či spíše neakceptováni. Stigma není skutečnou vlastností člověka, ale je mu přisouzeno v rámci postojů, typických pro danou společnost. Stigmatizace defektu mění roli takového jedince a do určité míry i jeho identitu (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2001, s.19, 20).

Člověk s postižením získává specifickou sociální roli a s ní spojený status. Stigmatizace se projevuje asymetrií vztahu zdravých k postiženým. Jedinec s postižením není považován za rovnocenného partnera, je s ním komunikováno odlišným způsobem, jsou zde tendence k jeho manipulaci a protektorskému přístupu, je akceptován jako objekt péče. Toto postavení mu přináší určitá privilegia, ale i znevýhodnění.

Stigmatizace zahrnuje i očekávané chování a možnosti jedince s postižením, toto očekávání může ovlivnit jeho chování. Záleží na typu postižení, zachovaných schopnostech, dosažené vývojové úrovni, zkušenostech a dalších faktorech.

Lidé s postižením si ke zdravým také vytvářejí určité postoje stereotypy. Očekávají spíše vyhýbavý postoj, bývají podezíraví, cítí se ukřivdění a toto negativně ovlivňuje interpretaci projevů na obou stranách. Lidé, kteří získali postižení v pozdějším věku, nemívají většinou

tak negativní představy o postojích zdravé společnosti. Zvláště, pokud si uchovali kontakty na lidi bez postižení a mají pocit symetrie ve vzájemných vztazích.

Stigmatizace a negativní postoj je k jednotlivým postižením odlišný. Stigmatizující jsou především ty defekty, které se projevují v sociálním kontaktu. Jednak změněný zevnějšek, kdy upoutávají deformace, chybění končetiny, mimovolné neovladatelné pohyby, mimika, či upoutání člověka na lůžko nebo vozík. Dalšími faktory je verbální a neverbální komunikace, úroveň myšlení, získané znalosti. Velkou roli hraje, zda jde o postižení vrozené či získané. Dospělý člověk, který v důsledku úrazu či onemocnění získal tělesné či smyslové postižení a podařilo se mu zachovat si stávající sociální vazby, má jiné vztahy s okolím, než jedinec, který od narození získává něčím odlišné zkušenosti než jeho vrstevníci bez postižení.

2.2 Vztah společnosti k jedincům s postižením

Společenský tlak na konformitu, na přizpůsobení se tomu, co je v dané společnosti běžné, se samozřejmě vztahuje i na vnímání a přijímání jednotlivých členů společnosti. Ti, kteří nejsou jako všichni ostatní, kteří se odlišují a to nejen v chování, ale i svým fyzickým vzhledem či jinými charakteristikami, jsou zpravidla vnímáni jako cizí, ohrožující nebo nebezpeční (Štech, Vágnerová, Hadjn-Mousová, 1997, s. 6).

2.2.1 Vztah k jedincům se zrakovým postižením

Postižení zraku i ve své nejzávažnější variantě (nevidomosti) je společensky nejméně odmítaným postižením.

V minulosti byli slepým lidem přičítány mimořádné schopnosti jako vynikající hudební sluch, nebo schopnost vidět budoucnost. I dnešní společnost připouští, že nevidomost je vyvážena schopnostmi, které nejsou tak běžné. Ve vztahu k nevidomým převažuje soucit i obdiv nad schopnostmi, kterými kompenzují své postižení. Tendence k vysmívání a opovrhování je poměrně vzácná.

Oči jsou ze sociálního hlediska významnou součástí tělového schématu a pokud je oční vada spojena s výraznou nápadností, může tato skutečnost negativně ovlivnit sociální akceptaci. Negativně také působí různé automatismy a nedostatečná kontrola vlastních projevů u těžce zrakově postižených. Veškeré nápadnosti chování zvyšují riziko generalizovaně negativního hodnocení zrakově postižených (Vágnerová, 2003).

2.2.2 Vztah k jedincům se sluchovým postižením

Sluchové postižení je handicap společensky stigmatizující. Důvodem jsou odlišnosti v komunikaci a komunikační bariéry. Sluchově postiženému jeho vada omezuje možnost porozumět dění ve společnosti, která užívá orální komunikaci. Může být dezorientován a jeho reakce nepřiměřené. Pro slyšícího je téměř nemožné domluvit se s neslyšícím, který používá znakovou řeč. Problematická je i komunikace pokud neslyšící užívá orální řeč. Tato komunikace je pro obě strany velmi náročná. Verbální projev neslyšících vykazuje určité odlišnosti (v intonaci, ve větné skladbě) a může se jevit jako primitivní či nesmyslný. Odezírání je pro neslyšícího velmi náročná činnost a i zde může dojít k nepřesnostem při interpretaci mluveného slova. Při komunikaci s neslyšícím je nutné komunikačního partnera neustále soustředěně sledovat, aby nedošlo ke ztrátě souvislostí, což je náročné a bývá některým lidem nepříjemné. Nepříjemně může působit i způsob, jakým na sebe neslyšící upozorňují. Dotýkání má ve společnosti neslyšících jiný význam. Neslyšící nemá jinou možnost upoutat pozornost, pokud se na něj člověk nedívá, než se ho dotknout.

Z důvodů komunikačních bariér jsou neslyšící často hodnoceni jako lidé s nižší inteligencí a omezenými schopnostmi. Postoj slyšících bývá podceňující až odmítavý a může u sluchově postižených vyvolávat pocity nejistoty a sklon k izolaci.

Jazyková bariéra spojená s nepříjemnou sociální zkušeností vede často k tomu, že lidé se sluchovým postižením se od slyšících izolují a zaujímají obranný či podezřívavý postoj. Často vytváří úzké komunity, které mají charakter minority (Vágnerová, 2003).

2.2.3 Vztah k jedincům s vadami řeči

Problémy s komunikací mají také lidé s postižením řeči. Toto postižení bývá také sociálně stigmatizováno. Důvodem je nápadnost projevu, neznalost podstaty poruch ze strany laické veřejnosti a tendence generalizovat. Tito jedinci jsou pak hodnoceni jako celkově neschopní, s nižší inteligencí. Rozhovor s člověkem s poruchou řeči vyvolává napětí a nepříjemné pocity u komunikačních partnerů (Vágnerová, 2003).

2.2.4 Vztah jedinců s mentální retardací

Mentální retardace bývá majoritní společností často chápána jako stigmatizující postižení. Stejně jako v případě duševně nemocných je hlavním problémem obtížnost dorozumění a omezenější možnost odhadnout reakce takových lidí, které nebývají vždy standardní. Sociální stigmatizace bývá přímo úměrná nápadností vzhledu i chování postižených, resp. míře jejich odlišnosti od očekávaného standardu (Vágnerová, 2003, s.42,43).

Sociální status lidí s mentálním postižením bývá velmi nízký. Ke generalizovaně negativnímu hodnocení lidí s mentálním postižením přispívá jejich zvýšená závislost na okolí, nepřiměřené, nestandardní reakce a především problémy v komunikaci. Omezený rozvoj komunikačních kompetencí se projevuje jednak potížemi v porozumění, tak neschopností adekvátního verbálního vyjádření. Komunikace zdravých lidí s lidmi s mentálním postižením je méně empatická, schématictější, protektivnější a většinou trvá kratší dobu.

Lidé s mentálním postižením v sociálních vztazích většinou preferují stereotyp. Dávají přednost kontaktu se známými lidmi, kteří se chovají obvyklým, pro ně srozumitelným způsobem. Můžeme se setkat i s tím, že se chovají ke všem lidem stejně, bez ohledu na jejich sociální roli. Jedinci s mentálním postižením mohou být v oblasti socializace handicapováni nejen primárním defektem, ale i nedostatkem zkušeností. Mohou být snadno manipulováni, zanedbáváni, týráni či jinak zneužíváni (Vágnerová, 2003).

2.2.5 Vztah k jedincům s tělesným postižením

Sociálním znevýhodněním je i tělesné postižení, které se projevuje viditelnou deformací zevnějšku nebo nápaditostí pohybových projevů. Negativní sociální význam může být větší než funkční handicap. Společnost má k lidem s tělesným postižením obvykle nižší očekávání, jsou častěji podceňováni, ale jejich projevy jsou ve větší míře tolerovány. Závažné postižení hybnosti vede často ke generalizovanému negativnímu hodnocení veškerých kompetencí jedince, přestože tomu tak není.

Vágnerová cituje dr. Vendulu Neumanovou, postiženou kvadruparetickou formou DMO, spojenou s dyskinézami: My spastici jsme někde úplně jinde než vozíčkáři poúrazoví. Možná jsme na tom ještě o něco hůř... pro laickou veřejnost jde ještě o vzhled. Když je holka hezká, bude hezká i po autonehodě na vozíku. Ale hezkého spastika jsem ještě neviděla. To jak vypadáme, vyvolává u jisté části veřejnosti představu, že jsme i blbí. Možná to bude znít komicky, ale tohle byl jeden z důvodů, proč jsem si vybojovala doktorát. Před určitým

druhem lidí se dávám zásadně titulovat „paní doktorko“. Je to pro ně šok. A je to moje zbraň (Vágnerová, 2003, s.93).

Tělesné postižení je i estetickým handicapem a ošklivost se stává příčinou generalizovaného hodnocení osobnosti. Tělesné nedostatky jsou neopodstatněně spojovány s negativními vlastnostmi.

Hayesová uvádí výsledky studií, kdy respondenti měli hodnotit závažnost přečinu dítěte, určit přísnost trestu a pravděpodobnost opakování přečinu v budoucnosti. Přestupek přitažlivého dítěte považovali za méně závažný než stejný přestupek neatraktivního dítěte. Také navrhovaný trest byl menší. Podobná studie ukázala, že respondenti, kteří měli navrhnout trest pachatele loupeže, byli pro přísnější tresty, když byl přiložen obrázek nepřitažlivé osoby (Hayesová, 2003).

Estetickým handicapem je i nápadně malý vzrůst. V minulosti pro lidi postižené achondroplazií byla dostupná jen role šaška. Ale i nyní se musí vyrovnávat s problémy spojenými se svou odlišností a negativními reakcemi zdravé populace.

Komunikace zdravých s lidmi s tělesným postižením má svá specifika. Nápadnost zevnějšku ovlivňuje očekávání komunikačního partnera. Mimické a pantomimické projevy nemusí mít standardní význam a mohou být příčinou zkreslení celkového hodnocení, protože těmito projevům komunikační partner nerozumí. Nesymetrické je i vzájemné postavení komunikačních partnerů – stojícího člověka a sedícího na vozíku nebo ležícího. Stojící člověk symbolicky zaujímají nadřazené postavení.

Obdobně jako je deformovaný vztah zdravých k lidem s tělesným postižením, může být vlivem negativních zkušeností změněn postoj i obráceně.

2.2.6 Některá vybraná onemocnění jako stigma

Specifický sociální význam mohou mít i některá neurologická onemocnění, i přesto, že na takto postižených lidech není běžně nic nápadného. K takovým onemocněním patří např. epilepsie, kde pozornost upoutávají záchvaty. V minulosti lidé neznali příčiny a proto si je vysvětlovali různými způsoby. Buď byla epilepsie považována za posedlost d'áblem, nebo za svatou nemoc. Předpokládá se, že někteří lidé považováni v minulosti za proroky mohli trpět epilepsií. Až do roku 1869 nebyl znám žádný efektivní léčebný prostředek. Bez léčby se nemoc zhoršovala, záchvaty byly častější a delší. V důsledku velké zátěže centrální nervové soustavy se měnily i psychické funkce. Epilepsie byla provázena velmi nápadnými projevy a

postupně vedla k úpadku osobnosti, obhroublosti, bezohlednosti a nakonec k demenci. Léčená epilepsie v dnešní době nemá takový průběh a nevede k devastaci osobnosti nemocného, ale i tak je stigmatizujícím onemocněním, často vyvolává odmítavé reakce, nedůvěru, odpor. Takto nemocní lidé mají i omezen výběr povolání a aktivit (Vágnerová, 2002).

AIDS se vynořil zdánlivě odnikud a v průběhu dvou desetiletí se stal celosvětovou hrozbou. Charakteristické pro AIDS je to, že se přenáší tělními tekutinami, to znamená pohlavním stykem nebo přímo krví při krevní transfuzi nebo sdílením jehly u drogově závislých. Poprvé se o něm začalo hovořit na podzim roku 1981, kdy se masově vyskytl mezi homosexuály. Mnozí lidé zaujatí proti homosexualitě, zvláště členové náboženských organizací, viděli v tomto onemocnění trest, který Bůh seslal na zvrhlíky. Zpočátku se zdálo, že se AIDS vyskytuje téměř výlučně ve velkých amerických městech s vysokým procentem homosexuálů a byl označován za mor homosexuálů. Skutečnost, že se nemoc projevovala zpočátku převážně v homosexuální komunitě, vedla k oživení homofobie. Důkazy o heterosexuálním přenosu AIDS přišly ze střední Afriky, kde neměl žádnou vazbu na mužskou homosexualitu. V očích sdělovacích prostředků se brzy stal „noční můrou heterosexuálů“. AIDS vyvolává takový děs, že se stává stigmatizující sám o sobě. Jsou známy případy, kdy lidé nakažení virem HIV ztratili práci v důsledku z obav z přenosu choroby.

Většina nemocí vede k projevům soucitu. V některých případech se ale nemocní setkávají s odmítnutím ze strany zdravé populace, která jejich chorobu považuje zvláště nakažlivou nebo za znamení hanby. Ve středověku to platilo o malomocných, byli společností vyháněni a museli se zdržovat ve zvláštních koloniích. Většinou lidí byli považováni za hříšníky a jejich chorobu za trest Boží. AIDS vyvolává v dnešní době podobnou stigmatizaci, i když v méně extrémní formě. Přitom riziko nákazy je v běžném kontaktu minimální.

Jsou onemocnění spojená s drogami, prostitucí i homosexualitou, jako například žloutenka, ale nejsou tak stigmatizující. V médiích jim není věnována taková pozornost jako viru HIV i když k přenosu dochází obdobným způsobem a představují obdobné nebezpečí (Giddens, 1999).

2.3 Vývoj vztahu k jedincům s postižením v průběhu historie

Vztah společnosti k tělesně a zdravotně postiženým jedincům se vyvíjel souběžně s rozvojem společenského bytí a vědomí. Byl závislý na struktuře společnosti v určité územní oblasti a v určité etapě vývoje společenských výrobních vztahů, na stupni myšlení, na stavu morálky a normách společenského života. V jednotlivých obdobích a v jednotlivých zemích byl velmi rozdílný i podle původu postižených jedinců. Náзор na postavení postižených jedinců ve společnosti a na vztah společnosti k nim se vyvíjel a měnil s vývojem společenského myšlení, ale i s politikou vládoucí vrstvy. Z tohoto hlediska je možno sledovat a určit ve vývoji lidské společnosti několik charakteristických stádií, která probíhala a stále probíhají souběžně v různých zemích a oblastech v závislosti na stupni hospodářského, kulturního a mravního vývoje v daném regionu (Kábele, Kollárová, Kočí, Kracík 1993 s.16).

Musíme si také uvědomit, že v minulosti byla odlišná skladba jedinců s postižením. Vzhledem k častým válečným konfliktům bylo vyšší procento lidí s tělesným a smyslovým postižením v důsledku zranění, ale i nevhodné výživy a špatných životních podmínek. Díky obrovskému vývoji v medicíně a pokroku v péči o nemocné, mohou žít i jedinci s takovým postižením, které bylo v minulosti neslučitelné se životem.

2.3.1 Stádium represivní

Zahrnuje především dobu pravěkou. Na chování k lidem s postižením v tomto období můžeme usuzovat na základě pozorování přírodních kmenů a archeologických výzkumů, které ukazují, že byli i postižení jedinci, kteří měli privilegované postavení. Tento vztah ovlivňuje vždy více faktorů. V ekonomicky slabých společenstvích bylo považováno za dobré, to co posilovalo životaschopnost skupiny a za zlé, to co ohrožovalo nebo oslabovalo skupinu. Jedinců, kteří snižovali životaschopnost skupiny, se skupina zbavovali buď přímo, nebo vyloučením či opuštěním.

S tímto přístupem se setkáváme i u některých starověkých národů. Postižené dítě bylo usmrcováno zpravidla hned po narození. V Lykurgových zákonech (4.stol.před n.l.) se uvádí, že otec rodiny má právo ihned zabít narozené defektní dítě. Ve vojensky orientované Spartě bylo novorozeně, které rodina uznala jako slabé nebo vadné, odloženo v pohoří Taygetos. V Athénách měl otec také právo po porodu dítě usmrtit nebo odložit.

V otrokářské společnosti nebylo dovoleno zabíjet postižené děti otroků, protože

představovaly určitý majetek. Ve středověku, v období feudalismu se ještě objevovaly případy fyzické likvidace tělesně postižených jedinců.

Některé kočovné národy při opouštění svých sídlišť postižené a slabé jedince neusmrcovaly, ale ponechávaly je na bývalých sídlištích, někdy i s určitou zásobou potravin (Kábele, Kollárová, Kočí, Kracík, 1993).

Na přelomu 19. a 20. století se rozšířila eugenika zabývající se možnostmi zdokonalení lidského rodu. Eugenikové zastávali názor, že vedle zdravých a plnohodnotných jedinců existují také méněcenní jedinci, který vývoj lidské společnosti brzdí. Navrhovali, aby byl vydán zákon umožňující odstranit z vývoje lidského rodu ty, kteří jsou biologicky závadní a trpí vrozeným a dědičným sklonem k asociálnímu životu. Takto závadní jedinci by měli být sterilizováni, aby se odstranila vada a jádro zůstalo zdravé. S takovýmto přístupem jsme se mohli setkat i v nedávné době, kdy v rámci zachování čistoty rasy v průběhu 2. světové války byly vyhlazováni příslušníci určitých národů (Židé, Romové), ale i lidé s postižením.

2.3.2 Stádium charitativní péče

Ve středověku byl počet lidí s tělesným a zdravotním postižením poměrně vysoký i díky následkům válek, nedostačující výživě a zdravotnické péči.

Nástup monoteistických náboženství a jejich filozofie má vliv i na vztah společnosti k postiženým jedincům. Křesťanství a některá další náboženství hlásají lásku k bližnímu a povinnost mu pomáhat. Vznikají první útulky, ve kterých jsou postiženým jedincům poskytovány alespoň nejnútnejší životní prostředky. Péči potřebným poskytovali duchovní, řádoví bratři a jeptišky. V některých útulcích a zařízeních se postupně začalo i s výchovou postižených jedinců. Charitativní přístup společnosti k postiženým znamená zásadní změnu. Charitativní instituce a s nimi spojené humanitní vědomí zakotvily v západní civilizaci.

2.3.3 Stádium humanitní péče

Renesanční humanismus je charakterizován počátky vědeckého vývoje medicíny a změnou pohledu na člověka. Objevují se i pravidla a předpisy pro zacházení s duševně chorými, ale i Lodě bláznů, na jejichž palubách putovali pomatení a šílení lidé od města k městu.

Dochází ke změně vztahu k postiženým a objevují se požadavky na jejich vzdělávání. Velmi

pokrokové názory na vzdělávání měl i Jan Amos Komenský. Proklamoval požadavek všeobecného a všestranného vzdělávání pro všechny lidi, bez rozdílu původu, pohlaví a stavu. Vzděláváním osob s postižením se zabývá v Pandemii ve druhé kapitole. Snažil se uplatňovat a aplikovat obecné pedagogické principy na specifické podmínky práce s jedinci s postižením. Jeho myšlenky moli být realizovány až po velmi dlouhém časovém období, protože společenská situace v našich zemích v 17. století až do poloviny 19.století nebyla příliš nakloněna humanitárně zaměřeným snahám o všestrannou a odbornou péči o postižené osoby. Pod vlivem myšlenek Komenského a dalších humanistů se začaly objevovat snahy o vzdělávání tělesně a smyslově postižené mládeže v ústavech a zařízeních. O postižené děti z feudálních rodin se starali soukromí učitelé a vychovatelé. Vznikají první soukromé ústavy a ústavy pro lidi s jedním typem postižení.

2.3.4 Stádium rehabilitační a preventivní péče

S mohutným rozvojem a specializací většiny vědních disciplín se začíná specializovat i péče o lidi s postižením, především v návaznosti na jednotlivé medicínské obory. I u nás vznikají první ústavy pro lidi s jednotlivými typy postižení (1776 – ústav pro hluchoněmé, 1807 – ústav pro slepé, 1886 – ústav pro tělesně postižené, 1896 – ústav pro slabomyslné). Spolu se zájmem o léčbu a výchovu se objevují i snahy o řešení právní problematiky postižených. Za pozornost stojí moravský zemský zákon č. 33 z 18.2.1890, který říká, že hluchoněmé a slepé děti se mají účastnit vyučování s „plnosmyslnými“ žáky v dané obecné škole v rozsahu nejméně 4 hodiny týdně.

Na přelomu 19. a 20.století začíná být uznávána speciální pedagogika jako teoretická disciplína. Zjišťováním, tříděním, diagnostikou různých vad, jejich příčinami, profilací a terapií se zabýval ve svém díle „Pädagogische Pathologie“ Ludvik Adolf Strümpel.

Pojem léčebná pedagogika zavedli v roce 1911 Dannemann, Schober a Schulze. Z názvu je patrný prvotní medicínský přístup k postiženým a pojetí výchovného působení jako přínosu pro celkové ozdravení.

Pro rozvoj teorie výchovy a vzdělávání lidí s postižením byl důležitým obdobím počátek 20.století a vyhlášení tzv. „století dítěte“. V letech 1909 -1913 se uskutečnily tři české sjezdy pro péči o slabomyslné a školství pomocné.

Významnou osobností tohoto období je profesor František Čáda, představitel pedologického

směru, psycholog a reformní organizátor. Objasňoval význam pedologické teorie jako základny pro praktické aplikace v péči o mládež. Zahrnovala teorii výchovy mládeže a hygienu mládeže jako její nedílnou složku. Východiskem byl důraz na myšlenku, že dítě má nárok na vlastní právo, dětskou svéráznost a dětské hodnoty. Potřeba řešit závažné sociální problémy, k nimž patřily i děti a mládež „abnormní“, byla základem vzniku nové disciplíny – pedopatologie. Profesor Čáda usiloval, aby pedopatologie propojovala vědy o biologii i psychologii „abnormního“ dítěte. Zdůrazňoval nutnost vývojového pohledu na postižené děti a potřebnost jejich vnitřního členění.

V období první republiky dosáhla česká nápravná pedagogika největšího rozvoje, a to ve všech dílčích zaměřeních podle skupin postižení.

Protiváhou pro medicínsky orientovanou pedopatologii měla být nápravná pedagogika. Tento termín u nás zavedl Jan Mauer. Nápravná pedagogika měla tři základní cíle:

1. pomáhat „abnormálním“ jedincům k tělesnému uzdravení
2. podněcovat jejich vývoj tělesným a duševním cvičením
3. v rámci jejich možností je připravovat pro praktický život

V období první republiky dosáhla česká nápravná pedagogika největšího rozvoje, a to ve všech dílčích zaměřeních podle skupin postižení. V letech 1922 – 1933 se konalo pět sjezdů pro výzkum dítěte, dochází k vybudování sítě „pomocného školství“. Velkou zásluhu na vzniku speciálního školství měl Josef Zeman, který po roce 1919 působil na ministerstvu školství a národní osvěty. K největšímu pokroku došlo v oblasti výchovy a vzdělávání „zmrzačených“, tj. tělesně postižených. Byla obhájena nutnost zřízení škol při nemocnicích a zavedena léčebná tělesná výchova (Renotierová, Ludíková a kolektiv, 2003).

Myšlenku rehabilitační péče v plném rozsahu a moderním pojetí uskutečnil prof. MUDr. Rudolf Jedlička se spolupracovníky. Jedličkova koncepce představuje souhrn veškeré péče (léčebné, výchovně vzdělávací, pracovní, sociální, psychologické, právní a ekonomické) potřebné k rehabilitaci a resocializaci tělesně a zdravotně postižených osob. Nešlo již o pouhé vzdělávání tělesně postižených, nýbrž o cílevědomou a dlouhodobou přípravu pro povolání a společenské začlenění (Kábele, Kollárová, Kočí, Kracík, 1993).

Významnou osobností, která ovlivnila přístup k lidem s postižením byl prof. MUDr. et PhDr. Miloš Sovák. Ve svých dílech přešel definitivně k termínu speciální pedagogika. Speciální školství označil jako „školství pro mládež vyžadující zvláštní péče“. Základní rámec oboru, který Miloš Sovák vytvořil, je dodnes platným východiskem speciálněpedagogické teorie a praxe u nás.

V minulosti se speciální pedagogika zaměřovala především na oblast speciálního vzdělávání a profesní přípravy. V současném pojetí jsou oblastí zájmu speciální pedagogiky jedinci se speciálními potřebami od narození až po stáří a snaha o jejich integraci do běžných školských i neškolských zařízení a do širší veřejnosti. Je to výrazná změna v přístupu k lidem s postižením. V minulosti byly tendence o separaci jedinců s postižením, výchovu ve specializovaných zařízeních a ústavech sociální péče. Vlivem předsudků, neinformovanosti, nemožnosti kontaktu s lidmi s postižením a stigmatizace, má část laické veřejnosti velmi zkreslené představy i pocit ohrožení ze strany lidí s určitým postižením.

Současně s rehabilitační péčí o tělesně a zdravotně postižené se rozvíjí preventivní péče. Vychází ze zásady, že je lepší vzniku defektu nebo nemoci předcházet než ho nákladně a ne vždy úspěšně odstraňovat. Tato péče je zaměřena především na jedince u nichž se vyskytují vrozené dispozice, vady nebo choroby, které se dále mohou přenášet na potomky a úzce souvisí s genetikou.

2.4 Vývoj péče o jedince s postižením

Ústavní péče o nemocné a handicapované se vyvíjela v úzkém sepětí s politickou a ekonomickou situací a kulturní úrovní dané doby. V pravěku se nesetkáváme s žádnou z forem institucionální péče. Vznik onemocnění je přisuzován nadpřirozeným silám a mýtus posedlosti člověka zlým duchem přetrvával až do pozdního středověku. Tento přístup ke vzniku onemocnění ovlivňoval i způsob léčby. Ta spočívala na magických ochranných symbolech a exorcismu. Postupně se vyvíjí lidové léčitelství, využívající léčivé byliny a později i látky živočišného původu. Šamani měli ve společnosti privilegované postavení.

Z dostupných pramenů lze usuzovat, že v období prvních civilizací byli lidé se zdravotními a osobnostními abnormitami nedílnou součástí společnosti. Léčba měla balneologický charakter a prováděli ji kněží. Dá se říci, že chrám v této době představoval i léčebnou instituci. Lékařství je v rukou kněžích i u národů tzv. starého Orientu a Židů.

Antická společnost je třídní, což se odráží i v péči o nemocné a postižené. Odborné ošetření náleží bohatým a svobodným občanům, neodborné otrokům. Dle Krahujcové a kol. (2002) na duševně nemocné nahlíží Platon následujícím způsobem: „Duševně choří, kteří jsou zuřiví a nevléčitelně nemocní, se mají zahubit, je tomu tak lépe jak pro ně samotné, tak pro stát. Klidní duševně postižení nemají být ponecháni sami sobě a bez dozoru. Mají být svěřeni příbuzným, kteří jsou povinni je hlídat a opatrovat, v případě nedbalosti zaplatí příbuzní

pokutu“. Musíme si uvědomit, že choroba duše v tomto období má jiný význam, než jak jej my vnímáme nyní. Za osoby s chorou duší jsou považováni zloději, násilníci apod., a selžou-li všechny způsoby k jejich nápravě – vyléčení, pak následuje usmrčení.

V Řecku jsou nejstarší léčebné ústavy označované asklépia, která poskytovala léčbu balneologického charakteru střední vrstvě společnosti. Chrámové léčení spočívalo v sugestivním působení na nemocné. Nemocný, který na chrámovou léčbu nereagoval, byl vykázán z chrámu jako prokletý a nevhodný pro tento typ léčení. Úspěšní lékaři začali ve svých domech zakládat soukromé kliniky a v těchto tzv. iatreích na krátkou dobu hospitalizovat nemocné a pečovat o ně spolu se svými pomocníky. Tato péče byla věnována nejbohatším členům společnosti. Později přešla tato zařízení pod správu městského státu.

Starořecké lékařství vrcholí Hippokratovým pojetím příčin nemocí. Nehledá příčiny v nadpřirozených silách, ale vnitřních a vnějších podmínkách života člověka.

Zakládání zvláštních útulků pro handicapované jedince a děti bez rodin se objevuje až s příchodem křesťanství. Až do novověku je církev v této oblasti významnější institucí než stát. V období raného středověku vznikají při křesťanských klášterech nemocniční zařízení-hospitaly, které poskytovaly azylovou a nemocniční péči. Ve středověku jsou také zakládány specializované xenodochiální místnosti.

Původní xenodochium z prvního století křesťanství byl útulek, forma pomoci, pohostinství, které klášter nebo chrám poskytoval poutníkům, žebrákům, starcům, sirotkům, vdovám a lidem pronásledovaným, ale také nemocným, choromyslným a bláznům. Xenodochia se v raném feudálním řádu vyvinula z prvotních diakonií, útulků první doby křesťanství, která byla pokračováním takových zařízení starořeckých a židovských, zvaných agapy. Vznikla potřeba profesionálních ošetřovatelů. Tuto funkci vykonávali vlastní duchovní, řádoví bratři a jeptišky (Krahulcová a kol., 2002, s.75).

Etiologie duševních chorob je v této době vykládána démonologicky. Duševně nemocní byli pokládáni za posedlé d'áblem a postaveni mimo rámec tehdejšího lékařství. Nebyli pokládáni za nemocné a tudíž nepotřebovali léčebnou péči.

Ve středověké Evropě vzniká potřeba internovat sociálně nepřizpůsobivé jedince a tak vznikají instituce veřejných a všeobecných špitálů. Blázen je člověk, který ztratil to čím se liší od zvířat, což je rozum, a proto s ním mohlo být zacházeno jako se zvířetem a mohl být držen v kleci.

V období renesance vzniká primitivní, ale soběstačná instituce, zabezpečující jakousi detenční a izolující společenskou funkci. Touto institucí byla Loď bláznů. Norimberská kronika

dokládá, že blázni a šílenci bývali vyobcováni na Lodi bláznů za městské hradby. Mohutný rozvoj měst dává vzniknout samostatným objektům pro léčbu a internaci - hospitalům.

S příchodem osvícenství vznikají v 17. století velké internační budovy. Blázni byli uvězněni v kobkách věznic spolu s trestanci, nebo ve velkých sálech nemocnic spolu s nemocnými. Špitály byly záležitostí měšťanstva a královské moci. Než internace nabyla léčebného charakteru, sledovala jiné cíle – bránit žebrotě a zahálce. Vyobcování bylo nahrazeno internací. Společnost v této době prezentuje postižení jako skandál a možnost jak se vyhnout skandálu je postiženého internovat. Internace znamená zapomnění a tím přestává být ohrožena čest rodiny. Osvícenství tvrdí, že šílenec nemocný není, blázen vydrží všechno a podle toho bylo s lidmi takto postiženými zacházeno.

Novověká struktura sice přejala charakter internačních budov, ale na počátku 19. století ostře kritizuje polyfunkčnost těchto zařízení. V tomto století dochází ke specializaci ústavních zařízení. Stát zakládá velké ústavy nového typu, které alternují církevními zařízeními.

Konec 19. a počátek 20. století přináší změnu v ústavnictví. Ústavy sloužící k vylučování lidí ze společnosti se orientují na potřeby klientů. Zejména v období I. Československé republiky je patrná snaha poskytnout jistý stupeň výchovy a vzdělání prakticky všem osobám. Na péči se podílí i dobročinné a humanitární spolky a nadace, které vlastnily a spravovali řadu ústavů a zařízení. Například katolická charita obhospodařovala ve třicátých letech minulého století více než 170 ústavů s 40 000 místy. Tato tradice však byla přerušena a bylo na ni navázáno až po roce 1989.

Ústavní péče začíná být pojmána jako ochrana klientů před nároky vnějšího světa. Dochází k tzv. skrytému vylučování, panuje názor, že postiženým jedincům nemůže být nikde lépe, než ve společnosti obdobně postižených.

V poválečném období byl vytvořen organizační systém ústavní péče, který jednoznačně stanovoval kritéria pro zařazování jednotlivce do ústavu určitého charakteru – zdravotního, sociálního či výchovného. V tomto období vystupuje do popředí prvek segregace osob s postižením od ostatní populace, tak i jednotlivých typů postižení navzájem. Velká část dnešních ústavů byla založena v této době.

Změny ve společnosti po roce 1989 se odrazily i v ústavní péči a pohledu na ni a na osoby s postižením vůbec. Ústavy se otvírají okolní komunitě. Problematika lidí s postižením se začíná dostávat do povědomí veřejnosti. Vznikají nadace s cílem zlepšit kvalitu života osob s postižením a neústavní formy péče, jejichž zřizovateli jsou většinou neziskové organizace. Současná společnost je charakteristická hledáním alternativ. Státem organizovaná ústavní

péče s profesionalizovaným či poloprofessionalizovaným personálem je doplňována alternativními způsoby péče (Krahulcová a kol., 2002).

2.4.1 Péče o osoby s mentálním postižením

Za počátek péče o slabomyslné u nás můžeme považovat rok 1871, kdy byl v Praze Spolkem paní sv. Anny založen první ústav pro idioty. Jeho prvním ředitelem se stal Karel Slavoj Amerling. Amerling požadoval pro slabomyslné jen nejzákladnější vzdělání, kladl důraz na názorné vyučování, procvičování zručnosti a vyučování ručním pracím. Obsah vyučování byl zaměřen na získání základních informací z oblastí potravin, nákupu, ošacení, ochrany zdraví, hygieny. V ústavu byl zaveden pevný denní režim a každý den v týdnu měl specifický druh zaměstnání.

Významnou osobností v péči o slabomyslné je MUDr. Karel Herfort, který v roce 1902 nastoupil do funkce ústavního lékaře v Ernestinu a téhož roku se stává ředitelem. Pod jeho vedením byla zavedena individualizace výchovy a vyučování, velká péče byla věnována odstraňování řečových vad, rozvoji motoriky, tělesné výchově a ručním pracím. Zdůrazňoval nutnost spolupráce lékaře s pedagogem a byl jediný, kdo v té době seznamoval učitele pomocných škol s vědeckými poznatky v pedopatologii.

Výchovu a vzdělání slabomyslných ovlivnil Josef Zeman, který po vyhlášení samostatné České republiky působil na ministerstvu školství a národní osvěty a zasloužil se o zákon o pomocných školách z roku 1929.

Podle vyhlášky č.182/1998 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, jsou ústavy sociální péče určeny pro občany postižené mentálním postižením těžšího stupně a pro občany postižené vedle mentálního postižení těžšího stupně též tělesnou nebo smyslovou vadou, kteří potřebují ústavní péči. Občané s mentálním postižením lehčího stupně mohou být do ústavu přijati jen tehdy, jestliže nezbytně potřebují ústavní péči.

Současné světové trendy v péči o lidi s postižením se odklánějí od institucionální péče, poskytované ve velkých zařízeních a hledají humanitárnější formy péče. Patří k nim péče v zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech, v integrovaném bydlení za pomoci osobních asistentů (Renotierová, Ludíková a kol., 2003).

2.4.2 Péče o osoby se zrakovým postižením

Dějiny péče o osoby se zrakovým postižením sahají poměrně hluboko do minulosti. První zmínky o pomoci nevidomým jsou z roku 206 př.n.l. z Číny. Vznikla zde nejstarší organizace nevidomých hudebníků, kteří si vychovávali i dorost. V Japonsku se od roku 754 n.l. zabývali přípravou nevidomých v oblasti masérství. Do Evropy se péče o nevidomé rozšířila až s křesťanstvím. Nevidomým se dostává základní péče, ale ne odborné výchovy a vzdělání. Ke změně dochází s nástupem humanismu a renesance. Rozvíjí se individuální výuka nevidomých především v oblasti hudební.

Zakladatelem historicky prvního výchovně-vzdělávacího ústavu v Paříži v roce 1784 byl Valentin Haüy. Vytvořil speciální reliéfní písmo – hladkou reliéfní latinku. Jako první v praxi dokázal, že nevidomé lze skupinově úspěšně vzdělávat.

Johann Wilhem Klein se stal zakladatelem výchovně-vzdělávacího ústavu pro nevidomé ve Vídni, autorem propichované reliéfní latinky a zastáncem povinné školní docházky pro nevidomé do 10 let do školy v místě bydliště. V roce 1811 vychází ve Vídni první kniha pro nevidomé, která byla tištěna Kleinovou propichovanou latinkou.

Luis Braille byl nevidomým žákem Národního ústavu pro mladé slepce v Paříži. V roce 1825 vytvořil šestibodové reliéfní písmo pro nevidomé. V roce 1834 vytvořil svou bodovou hudební notaci.

U nás byl první ústav pro nevidomé založen v roce 1807 v Praze na Hradčanech. Péče o slabozraké má mladší historii. První škola pro slabozraké byla založena v roce 1908 v Mülhausenu.

Speciální školství pro žáky se zrakovým postižením má v naší republice dlouholetou tradici. Děti se zrakovým postižením se v současné době mohou vzdělávat ve speciálních školách, tak být integrováni do běžných škol (Renotierová, Ludíková a kol., 2003).

2.4.3 Péče o osoby s tělesným postižením

Počátky péče o osoby s tělesným postižením měly charitativní ráz. Podle dosud známých pramenů byl prvním ústavním zařízením pro tělesně a zdravotně postiženou mládež a dospělé u nás Dům milosrdenství Vincentium v Praze, založený v roce 1889 spolkem sv. Vincenta. V Liberci, kde ovlivnil péči o tělesně postižené ortoped MUDr. J.Gottstein, je v roce 1909

založen Spolek pro pomoc zmrzačeným a v roce 1910 otevřen v budově bývalého chudobince Domov pro zmrzačené Krüppelheim. Toto zařízení bylo určeno pro 26 tělesně postižených dětí, převážně německé národnosti. Po dobu první světové války byl ústav využíván k vojenským účelům (Kábele, Kollárová, Kočí, Kracík, 1992).

Začátkem 20.století se v našich zemích začaly rozvíjet snahy o vybudování ústavu pro tělesně postiženou mládež s komplexním rehabilitačním zaměřením. První pokusy nebyly úspěšné, až v roce 1913 byl v Praze na Vyšehradě vybudován náš nejznámější český ústav pro tělesně postiženou mládež. Významně se o něj zasloužil prof. MUDr. Rudolf Jedlička. Formuloval požadavek, aby si stát uvědomil svou povinnost starat se o tělesně postižené a aby se naučil pohlížet na investice pro tyto jedince jako na investice užitečné, které by se státu národněhospodářsky vyplácely. Zdůrazňoval, že je vhodnější podporovat léčbu a výchovu postižených, než jim proplácet doživotní renty v nezaměstnanosti (Renotírová, Ludíková a kol., 2003, s. 213,214).

V ústavu v Praze na Vyšehradě prof. Jedlička zajišťoval chod léčebného oddělení. Prosadil, aby v čele ústavu stál pedagog. Prvním ředitelem byl jmenován František Bakule. Od počátku zde byla zřízena škola, kde se vyučovaly všeobecné vzdělávací předměty, jazyky, psaní na stroji a účetnictví. Byli zřízeny cvičné dílny: truhlářská, košíkářská, knihařská, mechanická, zámečnicko-soustružnická, ortopedicko-bandažistická, krejčovská, obuvnická (ortopedická obuv), rukodílná (řezbářství, vypalování ve dřevě, litografická a laboratoř fotografická a přírodovědná. Pod vedením druhého ředitele Augustina Bartoše Jedličkův ústav dosáhl největšího rozmachu a stal se světoznámým. Postupně byly zakládány ústavy stejného typu i na Moravě. V Brně – Králově Poli byl zahájen provoz Ústavu pro tělesně postiženou mládež v roce 1920. Za druhé světové války byla velká část těchto zařízení využívána německou armádou.

V současné době existují u nás čtyři ústavy pro děti a mládež s tělesným postižením. Jsou to Jedličkův ústav v Praze a v Liberci, Brno – Kociánka a zařízení ve Zbůchu. Dále pak léčebny pro tělesně postižené v Teplicích, Luži-Košumberku, Jánských Lázních a Železnici, pro dospělé Hrabyně a Kladruby.

Systém škol a školských zařízení pro tělesně postižené děti a mládež zabezpečuje jejich výchovu a vzdělávání od předškolního věku až po středoškolské vzdělání. Velký význam má možnost integrace do běžných škol a možnost vyučování společně se zdravými spolužáky.

2.4.4 Péče o osoby se sluchovým postižením

Počáteční péče o jedince se sluchovým postižením byla dána jejich velmi nízkým sociálním statutem. Většinou byli umisťováni v klášterech a azylových domech, kde jim byla poskytována jen charitativní péče bez možnosti systematického vzdělávání i když doklady o vzdělávání neslyšících pomocí posunků a písma pochází už ze starověku a středověku.

Výuka sluchově postižených orální metodou má počátky v 16. a 17. století a je spojena se jmény španělských preceptorů Pedra Ponce a Ramiréze Carrióna. Od této doby trvá spor o vhodnosti využívané metody mezi zastánci orální metody (preferované především v německy a anglicky mluvících zemích) a představiteli metody výuky znakovým jazykem, nazývané též francouzská metoda podle Abbé de L'Epéeho zakladatele prvního ústavu pro hluchoněmé v Paříži. Obě metody mají své výhody i nevýhody. V 60. letech minulého století vznikla v USA kombinovaná metoda – totální komunikace. Tento systém zahrnuje všechny použitelné komunikační prostředky sloužící ke komunikaci mezi slyšícími a neslyšícími a k získávání potřebných informací sluchově postižených. Jedná se o znaky, posunky, odezírání, znakový jazyk, prstovou abecedu, sluchadla, sluchovou výchovu, psaní, kresbu, pantomimu, slovní řeč, mimiku, gestikulaci, videoprogramy, televizi, film, počítačové programy a podobně.

Bilingvální metoda je dalším možným přístupem ke vzdělávání osob se sluchovým postižením. Představuje užívání dvou jazyků – mluveného a znakového. Oba jazyky jsou respektovány jako stejně významné.

První ústav pro hluchoněmé u nás byl založen v Praze v roce 1786 a postupně byly zakládány další ústavy a některé z nich pečují o sluchově postižené do současnosti. V současné době je péče poskytována od raného věku formou rané odborné péče. Dále se dítě může vzdělávat v systému speciálního školství nebo být integrováno do běžného typu škol. Integrace má pro dítě smysl pouze tehdy, je-li pro něj přínosem.

2.4.5 Neziskový sektor a organizace občanů se zdravotním postižením

Neziskový sektor, označovaný též jako neziskové, nevládní organizace, má v českých zemích bohatou tradici. Ve třicátých letech minulého století bylo v dobročinné a humanitární oblasti registrováno 5 140 spolků. Nadace a spolky vlastnily řadu ústavů a zařízení. Tradice byla zpřetrhána v době po sobě jdoucích totalitních režimů a tradiční oblasti činnosti neziskových organizací převzal stát.

Po roce 1989 začalo vznikat množství neziskových organizací a svou činnost obnovily i dříve zrušené a zakázané organizace. Jako součást neziskového sektoru jsou „v užším smyslu“ chápány zejména občanská sdružení, nadace a obecně prospěšné společnosti. Postupně byly přijímány i zákony které upravují fungování neziskového sektoru. Prvním z nich byl Zákon o sdružování občanů č. 83/1990 Sb., který je již zastaralý. Zákon o obecně prospěšných společnostech umožňuje „podnikat“ v neziskové sféře. Reaguje na potřeby některých organizací, jejichž financování by mělo být zajištěno vlastními příjmy. Právní úpravou nadací se zabývá zákon č. 227/1997 Sb. Nadace jsou velmi odlišné od ostatních nestátních neziskových organizací, protože jde o sdružení majetku, nikoliv primárně o lidské aktivity. Tento zákon přinesl nový institut nadačního fondu, který nemusí vytvářet nadační jmění.

Sdružení zdravotně postižených vzniklo v červnu 1990 jako právní nástupce Svazu invalidů. Jedná se o nezávislé, otevřené a dobrovolné sdružení občanských sdružení, jejichž členská základna je tvořena převážně postiženými občany nebo občany, kteří o tyto osoby pečují. V současné době tvoří Sdružení zdravotně postižených sedm občanských sdružení : Svaz tělesně postižených v ČR, Svaz postižených civilizačními chorobami v ČR, Sdružení pro pomoc mentálně postiženým, Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých v ČR, Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR, Sdružení pro životní prostředí v ČR, Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí.

Druhou významnou celostátní střešovou organizací je Sbor zástupců organizací zdravotně postižených založený v roce 1991. Podílel se na vytvoření a činnosti Vládního výboru pro zdravotně postižené občany, který byl vytvořen jako koordinační, iniciativní a poradní orgán vlády. Činnost Sboru zástupců byla v souvislosti se vznikem rady zdravotně postižených pozastavena.

V průběhu let se ukázalo, že je nutné pro obhajobu zájmů občanů se zdravotním postižením a pro efektivnější jednání se státními orgány vytvořit jednotnou reprezentativní organizaci zdravotně postižených. Na základě dohody Sdružení zdravotně postižených a Sboru zástupců vznikla v červnu 2000 Národní rada zdravotně postižených. Cílem je obhajoba, prosazování a naplňování zájmů a potřeb zdravotně postižených v součinnosti s orgány státní správy a samosprávy v ČR i institucemi mezinárodními (Renotíerová, Ludíková a kol., 2003).

2.4.6 Mezinárodní organizace zdravotně postižených

V rámci Evropské unie vznikla potřeba vytvořit poradní orgán se širokým mandátem a aktivním přístupem k problematice zdravotního postižení. Evropské fórum zdravotně postižených (European Disability Forum) bylo založeno organizacemi zdravotně postižených. Začalo pracovat od 1.ledna 1977 a má v současné době 87 členských organizací. Jedním z hlavních úkolů je vytvoření takového politického prostředí, ve kterém by bylo zdravotní postižení vnímáno v přímé souvislosti s rovnými příležitostmi.

Rehabilitation International je federací národních a mezinárodních organizací a agentur , které pracují v oblasti prevence zdravotního postižení, rehabilitace osob se zdravotním postižením a vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením a jejich rodiny. Organizace byla založena v roce 1922 a sdružuje 200 organizací z 90 zemí světa.

Disabled People's international je organizace věnující pozornost zemím třetího světa. Hlavním cílem této mezinárodní organizace je plné zapojení všech zdravotně postižených osob do života společnosti, včetně osob žijících v rozvojových zemích. V ekonomicky zaostalých zemích je prevence zdravotního postižení a rehabilitace jen výjimečným jevem.

2.5 Lidé s postižením a právo

Od 90. let u nás dochází k odklonu od segregačního přístupu v péči o osoby s postižením a k příklonu k integračnímu přístupu. Tyto změny se dějí v souvislosti se změnou pojetí člověka a vychází především z formulování práv člověka. Všeobecná deklarace lidských práv byla přijata Valným shromážděním OSN v roce 1948, na ně navazovala Charta práv dítěte.

První mezinárodní konference k legislativě zdravotně postižených se konala v Římě v roce 1971. Z jejích závěrů vyplynulo, že odpovědnost za situaci a práva zdravotně postižených mají vlády jednotlivých zemí, které by měli přijmout zákony o patřičném poskytování vzdělávacích, sociálních a lékařských služeb. Konečným cílem měla být úplná integrace těchto lidí do společnosti a vytvoření podmínek k užívání lidských práv srovnatelnému se zdravými spoluobčany (Kocourová a kol., 2002, s.14).

K problematice postižených byly OSN přijaty tyto dokumenty:

- Deklarace práv mentálně postižených osob (1971)
- Deklarace práv zdravotně postižených osob (1975)
- Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (1993)

Ve Španělsku v roce 1981 byla přijata na světové konferenci o činnosti a strategii ve vzdělávání, prevenci a integraci Sunbergova deklarace. Tato deklarace položila základy tzv. inkluzivnímu vzdělávání. Tento rok byl také vyhlášen Valným shromážděním OSN Mezinárodním rokem zdravotně postižených osob.

V roce 1982 přijalo valné shromáždění OSN celosvětový akční program, který v péči o handicapované zdůrazňoval tři oblasti: prevenci, rehabilitaci a zrovnoprávnění příležitostí.

Varšavská deklarace lidských práv z roku 1995 se týká dodržování lidských práv mentálně postižených osob.

Helsinská deklarace o rovnosti a službách pro lidi s mentálním postižením byla přijata na X.světovém kongresu Mezinárodní ligy pro vědecké studium mentálního postižení dne 11.7.1996 (Švingalová, 2006)

2.5.1 Legislativa České republiky

Legislativa České republiky vychází a navazuje na výše uvedené mezinárodní dokumenty a deklarace. Uvedené dokumenty mají vztah k péči a vzdělávání jedince s postižením.

- Ústava ČR – Ústavní zákon ČNR ze dne 16. 12. 1992 č.1,1993 Sb., Usnesení předsednictva ČNR č. 2, 1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součást ústavního pořádku ČR (čl.33).
- Programové prohlášení MŠMT z roku 1992
- Národní plány vycházející ze Standardních pravidel pro vyrovnání příležitostí osob s postižením
- Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení, schválený usnesením vlády ČR č. 493 ze dne 8. 9. 1993, zahrnuje komplexní systém péče o zdravotně postižené občany
- Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, schválený usnesením vlády ČR č. 256 ze dne 14. 4. 1998, inovuje Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení. Představuje základní koncepční rámec řešení otázky integrace v našich podmínkách. Chápe zdravotní postižení jako dlouhodobý nebo trvalý stav, který již nelze léčbou zcela odstranit. Jeho negativní důsledky lze však zmírnit soustavou promyšlených opatření, na nichž se musí podílet celá společnost.
- Zákon 561 ze dne 24. 9. 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném

a jiném vzdělávání (školský zákon). Zabývá se i vzděláváním jedinců s postižením. Významnými zásadami jsou rovný přístup ke vzdělávání bez jakékoli diskriminace, zohledňování vzdělávacích potřeb jednotlivce a vzájemná úcta, respekt, názorová snášenlivost, solidarita a důstojnost všech účastníků vzdělávání.

- Zákon 563 ze dne 24. 9. 2004 o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů
- Vyhláška 73 ze dne 9. 2. 2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných
- Vyhláška 72 ze dne 9. 2. 2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních (Švingalová, 2006).
- Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. byl schválen dne 14. 3. 2006 a platí od 1. 1. 2007.
- Zákon o sociálním zabezpečení č. 1988/100 Sb. upravuje problematiku sociálního zabezpečení, zejména problematiku sociální péče a nemocenského OSVČ.
- Zavádění Standardů kvality sociálních služeb, které by mělo přispět k vytvoření systému kvalitních sociálních služeb.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části je prostřednictvím dotazníkové metody, analyzovat postoje společnosti k jedincům s jednotlivým zdravotním postižením. Výsledky průzkumu budou využity v projektu „2. Komunitní plán péče města Litoměřic pro období let 2007 – 2009“ pracovní skupinou pro zdravotně postižené.

3.1.1 Stanovení předpokladů

- Lze předpokládat, že mentální postižení bude považováno častěji za velmi závažné než ostatní postižení (ověřováno otázkou č. 7)
- Lze předpokládat, že za osoby, které potřebují velmi velkou míru pomoci budou nejčastěji označovány osoby s těžkým mentálním postižením a závažným vrozeným tělesným postižením (ověřováno otázkou č. 8)
- Lze předpokládat, že za osoby, kterým by dokázali pomoci, respondenti nejčastěji označí osoby se zrakovým postižením (ověřováno otázkou č. 9)
- Lze předpokládat, že za osoby, se kterými by mohli přátelit budou nejčastěji označeny osoby se zrakovým postižením (ověřováno otázkou č. 10)
- Lze předpokládat, že za osoby, se kterými by mohli žít v partnerském vztahu budou nejčastěji označeny osoby se zrakovým postižením (ověřováno otázkou č. 11)
- Lze předpokládat, že pocit lítosti budou nejčastěji u respondentů vyvolávat osoby s mentálním a tělesným postižením (ověřováno otázkou č. 12 A)
- Lze předpokládat, že pocit nejistoty, strachu a odporu budou nejčastěji u respondentů vyvolávat osoby s mentálním postižením (ověřováno otázkou č. 12 B, C, D)
- Lze předpokládat, že více než 80 % respondentů nebude vůči lidem se zdravotním postižením lhostejných (ověřováno otázkou č. 12 E)

3.2 Použité metody

Pro získání dat k praktické části práce byla použita nestandardizovaná metoda dotazníku s uzavřenými položkami.

Dotazník náleží ke specifickým metodám používaným ve společenských vědách, tedy i v pedagogice. Je to metoda, která shromažďování dat zakládá na dotazování osob; charakterizuje se tím, že je určena pro hromadné získávání údajů (Skalková a kolektiv, 1985, s.86).

Cílem bylo získat informace od osob starších patnácti let s pokud možno rovnoměrným zastoupením všech věkových kategorií. Otázky, mimo dotazu na věk, byly voleny jako uzavřené vzhledem ke kvantitativnímu zpracování odpovědí.

V úvodní části jsou otázky zaměřené na osobu respondenta. Dotaz na věk je zařazen z důvodu pokud možno rovnoměrného zastoupení všech věkových kategorií od patnácti let výše a možnosti srovnání, zda se odpovědi s ohledem na věk výrazně liší. Dotaz na pohlaví byl zařazen z obdobného důvodu. Dotaz na studium některého ze jmenovaných oborů (pedagogika, speciální pedagogika, sociologie, psychologie) a dotaz, zda mají v rodině nebo ve svém okolí člověka s postižením zjišťuje, jak velká skupina z dotazovaných má znalostmi ze studia nebo osobní zkušenost s osobami s postižením.

Ve druhé části dotazníku jsou otázky zaměřené na názor respondentů na míru závažnosti jednotlivých postižení a míru pomoci, kterou osoby s jednotlivým postižením potřebují a zda by jim pomoc dokázali poskytnout. Dále jsou dotazováni, zda by se dokázali přátelit a žít v partnerském vztahu s osobou s postižením.

Ve třetí části jsou dotazy na pocity, které v respondentech vyvolávají osoby s jednotlivým postižením. Tato část byla formulována jako jedna otázka s podotázkami A až E.

Celkem bylo vydáno 230 kusů dotazníků. Návratnost dotazníků byla 73,6 %, vrátilo se celkem 162 dotazníků. Pro vyhodnocení nemohlo být použito 12 dotazníků z důvodu neúplného vyplnění. Jednalo se především o dotazníky vyplňované staršími osobami. U osob starších šedesáti let bylo častější odmítnutí žádosti o vyplnění dotazníku. Pro kvantitativní zpracování bylo využito celkem 150 dotazníků.

3.3 Popis zkoumaného vzorku

Průzkum byl proveden ve městě s cca 30 000 obyvateli a zahrnuje respondenty ve věku od šestnácti do 74 let. Muži tvoří 44% zkoumaného vzorku, ženy 56%. Rozdělení dle věku odpovídá vývojovým obdobím: adolescence, ranná, střední a pozdní dospělost, stáří.

Tabulka č.1 Struktura zkoumaného vzorku

Skupina	Věk	Muži (M)	Ženy (Ž)	Celkem (C)	Procenta
1.	16 -20	10	20	30	20 %
2.	21 - 30	16	17	33	22%
3.	31 - 45	17	23	40	22,66 %
4.	45 - 60	14	16	30	20 %
5.	Nad 60	9	8	17	11,33%
Celkem		66	84	150	

Základní vzdělání: 42 osob (to je 28 %) z toho 29 studentů do 20 let

Středoškolské vzdělání: 82 osob (to je 54,6 %)

Vysokoškolské vzdělání: 26 osob (to je 17,3%)

Studujících celkem: 42 osob (to je 28 %)

Vzdělaní v oboru: 26 osob (to je 17,3 %)

Postižení v rodině nebo v okolí: 37 osob (to je 24,6 %)

3.4 Výsledky a jejich interpretace

Výsledky položek 7. až 12. byly zpracovány do tabulek a děleny dle věku a pohlaví, pro možnost srovnání, zda se v některé skupině odpovědi výrazně liší. Pro grafy byly použity součty odpovědí mužů a žen ve všech věkových kategoriích.

Vysvětlivky pro následující tabulky:

1. - věková kategorie 16 – 20 let

2. - věková kategorie 21 – 30 let

3. - věková kategorie 31 – 45 let

4. - věková kategorie 46 - 60 let

5. - věková kategorie nad 60 let

M - muži

Ž - ženy

C - celkem

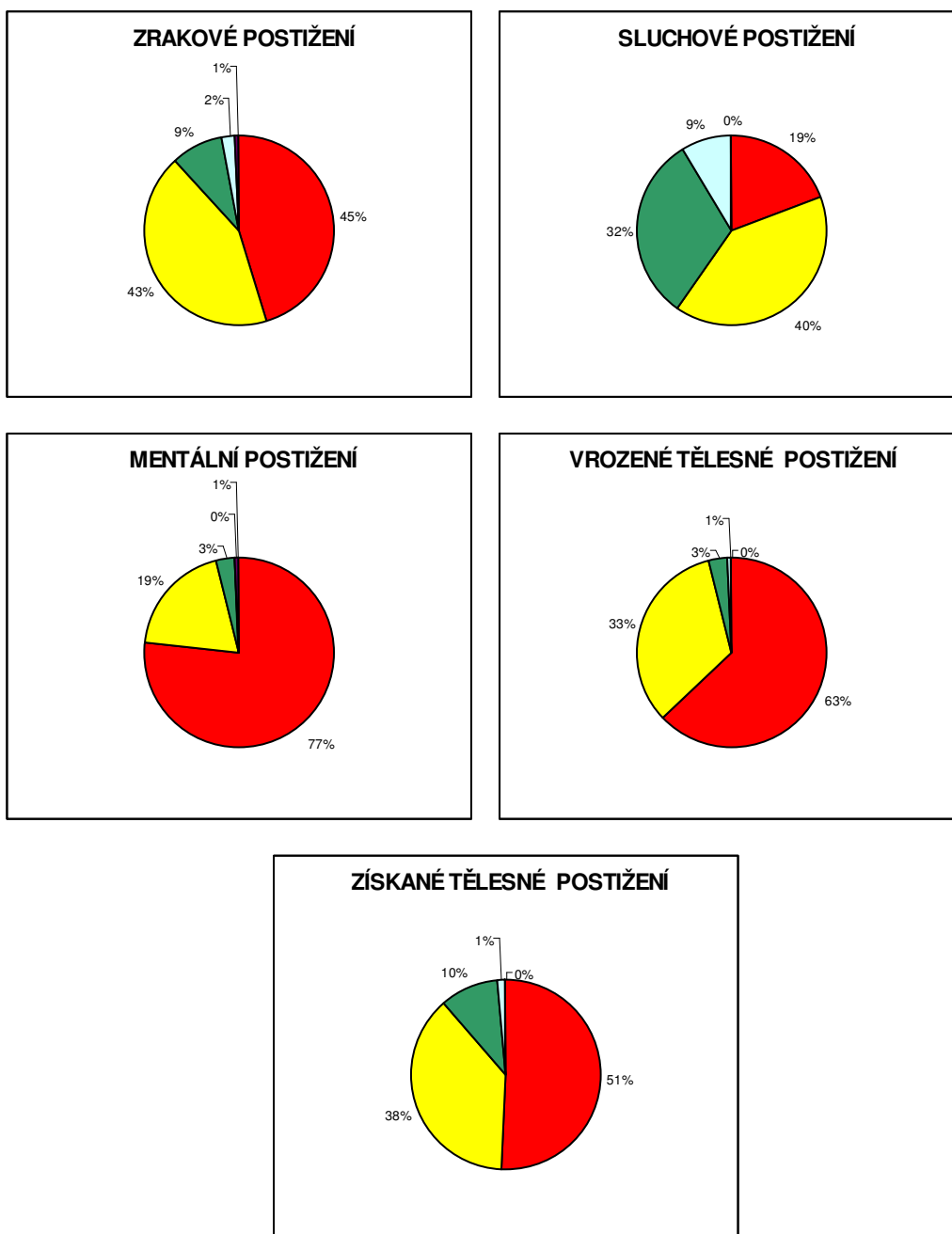
3.4.1 Závažnost zdravotního postižení

Tabulka č.2

		velmi závažné		závažné		středně závažné		celkem nezávažné		zcela nezávažné	
		M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
Zrakové postižení nevidomý, nebo prakticky nevidomý jedinec	1.	5	5	5	10		4		1		
	2.	5	8	9	7	1	2			1	
	3.	10	10	3	11	3	1	1	1		
	4.	7	8	5	7	2	1				
	5.	5	5	4	3						
	C	32	36	26	38	6	8	1	2	1	0
	C	68		64		14		3		1	
Sluchové postižení Hluchý jedinec	1.	2	2	6	7	1	7	1	4		
	2.	2	5	4	7	9	4	1	1		
	3.	3	6	10	10	1	6	3	1		
	4.	4	1	3	7	6	7	1	1		
	5.	2	2	2	4	4	3				
	C	13	16	25	35	21	27	6	7	0	0
	C	29		60		48		13		0	
Těžké mentální postižení	1.	9	14	1	6						
	2.	14	12	2	3		1			1	
	3.	10	17	3	6	4					
	4.	12	13	2	3						
	5.	7	7	2	1						
	C	52	63	10	19	4	1	0	0	1	0
	C	115		29		5		0		1	
Těžké vrozené tělesné postižení	1.	7	13	3	7						
	2.	7	14	7	3	1		1			
	3.	11	15	4	8	2					
	4.	9	9	5	7						
	5.	3	6	4	2	2					
	C	37	57	23	27	5	0	1		0	0
	C	94		50		5		1		0	
Těžké získané tělesné postižení	1.	5	13	3	6	2	1				
	2.	10	8	5	6	1	3				
	3.	6	13	6	9	4	1	1			
	4.	5	6	9	9		1				
	5.	4	5	4	2	1	1				
	C	30	45	27	32	8	7	1	0	0	0
	C	75		59		15		1		0	

Odpovědi se v jednotlivých věkových kategoriích výrazně neliší. Odpovědi mužů a žen se výrazněji liší v názoru na závažnost tělesného postižení. Za velmi závažné považuje těžké vrozené tělesné postižení 57 dotazovaných žen (to je 67,8 %) a 37 dotazovaných mužů (to je 56 %). Těžké získané tělesné postižení považuje za velmi závažné 45 dotazovaných žen (to je 53,6 %) a 30 dotazovaných mužů (to je 45 %).

Graf č.1 Závažnost zdravotního postižení



Těžké mentální postižení za velmi závažné označilo 115 respondentů (to je 77 %). Dále pak těžké vrozené tělesné postižení označilo 94 respondentů (to je 63 %), těžké získané tělesné postižení označilo 74 respondentů (to je 51 %) a závažné zrakové postižení 68 respondentů (to je 45 %). Nejméně respondentů považuje za velmi závažné sluchové postižení (jedince hluché nebo prakticky hluché) - pouze 29 dotazovaných (to je 19 %).

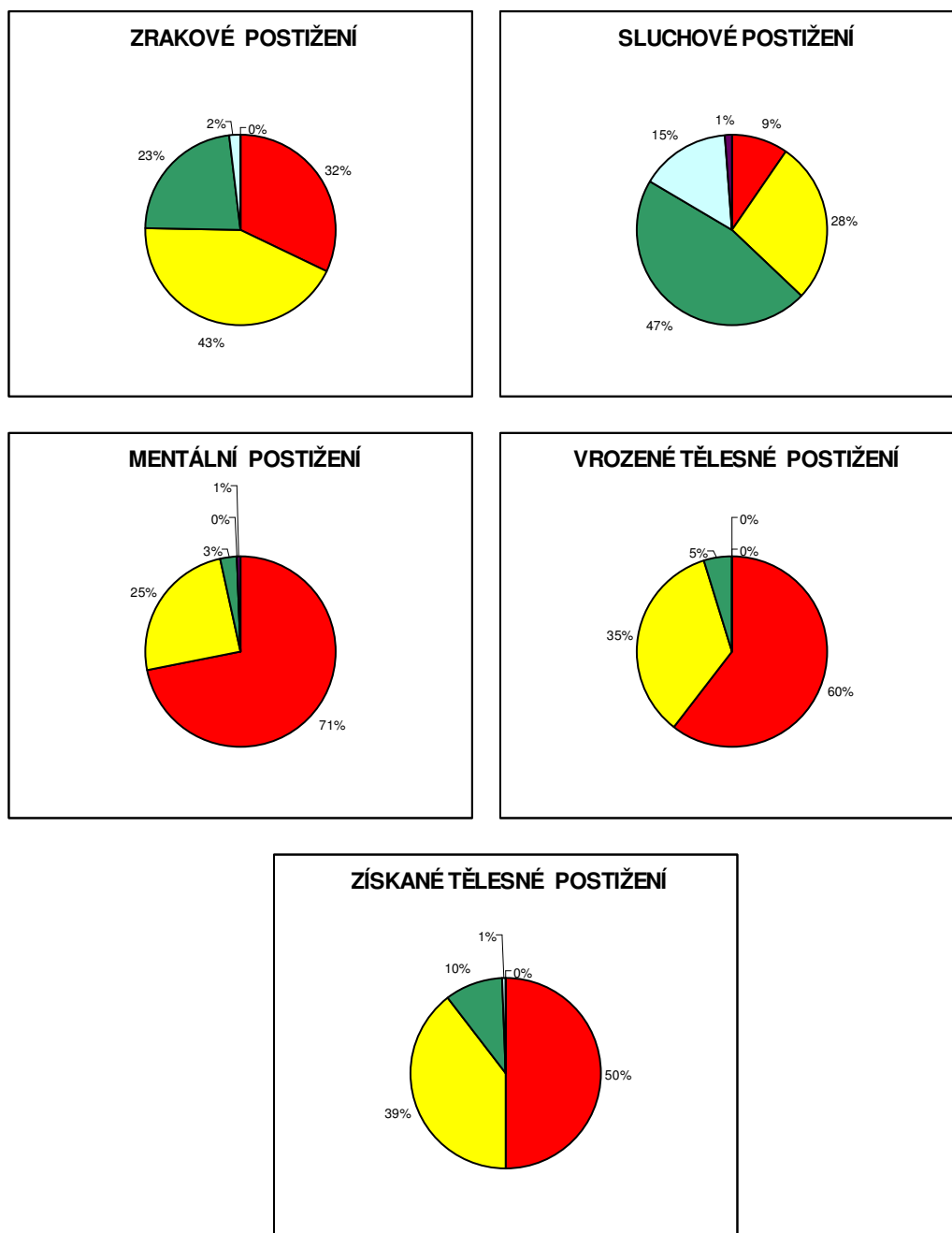
3.4.2 Míra potřebné pomoci u člověka s jednotlivým postižením

Tabulka č.3

		velmi velkou		velkou		střední		malou		žádnou	
		M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
Zrakové postižení nevidomý, nebo prakticky nevidomý jedinec	1.	4	7	4	9	2	3		1		
	2.	5	3	7	8	4	5		1		
	3.	6	9	7	8	4	5	1			
	4.	3	4	7	7	4	5				
	5.	4	3	4	4	1	1				
	C	22	26	29	36	15	19	1	2	0	0
	C	48		65		34		3		0	
Sluchové postižení Hluchý jedinec	1.	2	1	5	8	1	10	2	1		
	2.			5	5	6	8	5	4		
	3.	1	3	6	7	7	11	2	1	1	1
	4.	1	1	1	1	9	11	3	3		
	5.	2	3	1	3	4	2	1	1		
	C	6	8	18	24	27	42	13	10	1	1
	C	14		42		69		23		2	
Těžké mentální postižení	1.	9	16	1	3						1
	2.	13	12	3	4		1				
	3.	12	16	4	7	1					
	4.	9	9	5	5		2				
	5.	6	6	3	2						
	C	49	59	16	21	1	3	0	0	0	1
	C	108		37		4		0		1	
Těžké vrozené tělesné postižení	1.	6	17	2	3	2					
	2.	11	10	5	7						
	3.	6	14	9	7	2	2				
	4.	8	8	6	7		1				
	5.	5	6	4	2						
	C	36	55	26	26	4	3	0	0	0	0
	C	91		52		7		0		0	
Těžké získané tělesné postižení	1.	5	13	3	6	2	1				
	2.	10	8	5	6	1	3				
	3.	6	13	6	9	4	1	1			
	4.	5	6	9	9		1				
	5.	4	5	4	2	1	1				
	C	30	45	27	32	8	7	1	0	0	0
	C	75		59		15		1		0	

Vzhledem k věku se názory na míru pomoci výrazně neliší. Liší se odpovědi mužů a žen na střední míru pomoci u osob se sluchovým postižením. 27 dotazovaných mužů (to je 40,9 %) a 42 dotazovaných žen (to je 50 %) jsou názoru, že jedinci se sluchovým postižením potřebují střední míru pomoci. Názor, že velmi velkou míru pomoci potřebují osoby s těžkým vrozeným tělesným postižením má 55 dotazovaných žen (to je 65,5 %) a 36 dotazovaných mužů (to je 54,5 %).

Graf č.2 Míra potřebné pomoci u člověka s jednotlivým postižením



Názor na míru pomoci, kterou potřebuje člověk s jednotlivým postižením zhruba odpovídá názoru na závažnost postižení. 108 dotazovaných (to je 71 %) je názoru, že velní velkou míru pomoci potřebují osoby s těžkým mentálním postižením, dále osoby s těžkým vrozeným tělesným postižením – 91 dotazovaných (to je 60 %), osoby se závažným získaným tělesným postižením – 75 dotazovaných (to je 50 %) a závažným zrakovým postižením – 48 dotazovaných (to je 32%). Pouze 14 dotazovaných (9 %) si myslí, že velmi velkou míru pomoci potřebují osoby se sluchovým postižením.

3.4.3 Oblast vztahů k osobám se zdravotním postižením

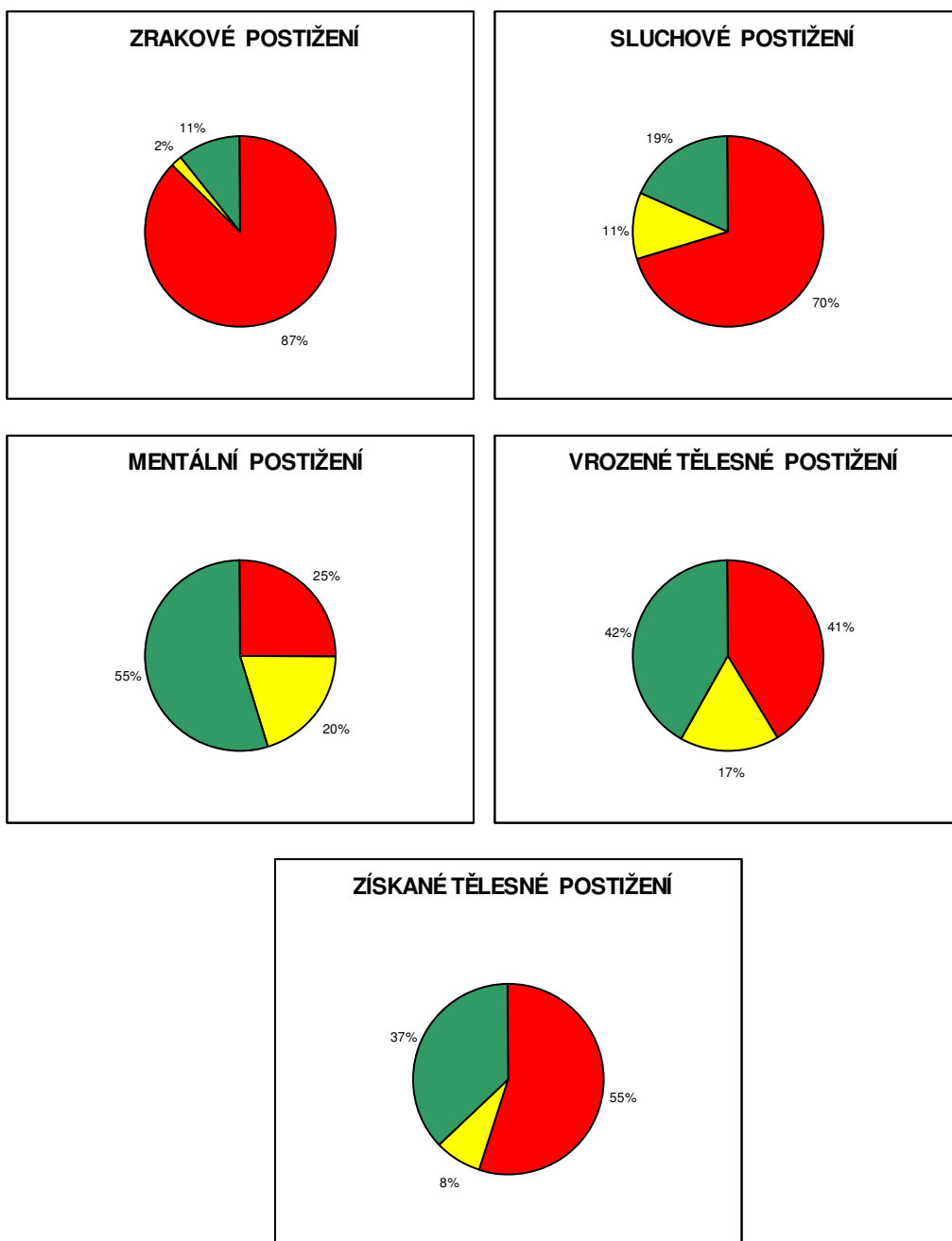
3.4.3.1 Poskytnutí pomoci člověku s postižením

Tabulka č. 4

		ano		ne		nevím	
		M	Ž	M	Ž	M	Ž
Zrakové postižení nevidomý, nebo prakticky nevidomý jedinec	1.	8	19	1		1	1
	2.	15	15			1	2
	3.	13	21			4	2
	4.	12	14	1	1	1	1
	5.	8	6			1	2
	C	56	75	2	1	8	8
	C	131		3		16	
Sluchové postižení Hluchý jedinec	1.	7	10	2	5	1	5
	2.	11	10	2	1	3	6
	3.	13	19	1	1	3	3
	4.	12	12	1	2	1	2
	5.	6	5	1	1	2	2
	C	49	56	7	10	10	18
	C	105		17		28	
Těžké mentální postižení	1.	2	1	3	4	5	15
	2.	5	5	5	4	6	8
	3.	3	10	3	2	11	11
	4.	2	5	2	4	10	7
	5.	2	3	1	2	5	4
	C	14	24	14	16	37	45
	C	38		30		82	
Těžké vrozené tělesné postižení	1.	3	2	4	7	3	11
	2.	6	6	2	2	8	9
	3.	8	14	2		7	9
	4.	7	8	2	3	5	5
	5.	4	4	2	1	3	3
	C	28	34	12	13	26	37
	C	62		25		63	
Těžké získané tělesné postižení	1.	6	11	1	2	3	7
	2.	7	9	1	1	8	7
	3.	9	15			8	8
	4.	7	8	1	3	5	6
	5.	5	5	1	2	2	2
	C	34	48	4	8	26	30
	C	82		12		56	

Odpovědi vzhledem k věku se výrazně neliší. V odpovědi *ano* mají mírnou převahu ženy u jedinců se zrakovým, mentálním a získaným tělesným postižením. Osobám se sluchovým postižením by dokázalo pomoci 49 dotázaných mužů (to je 76 %) a 56 dotázaných žen (to je 66,6 %).

Graf č.3 Poskytnutí pomoci člověku s postižením



Nejvíce dotazovaných - 131 (to je 87 %) je názoru, že by dokázalo pomoci člověku se zrakovým postižením (slepému, nebo prakticky slepému jedinci). Dále osobám se závažným sluchovým postižením by dokázalo pomoci 105 dotazovaných (to je 70 %), osobám s těžkým získaným tělesným postižením 82 dotazovaných (to je 55 %) a osobám se závažným vrozeným tělesným postižením 62 dotazovaných (to je 41 %). Pouze 38 dotazovaných (to je 25 %) si myslí, že by dokázali pomoci člověku s těžkým mentálním postižením.

3.4.3.2 Přátelský vztah s člověkem s postižením

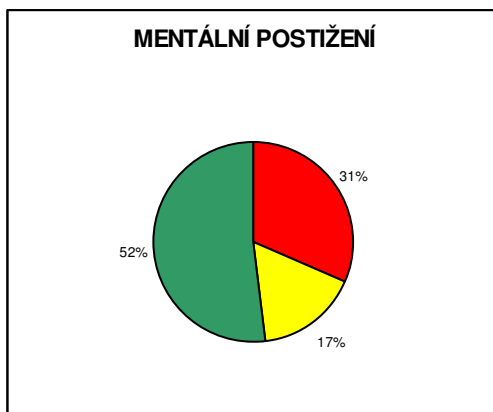
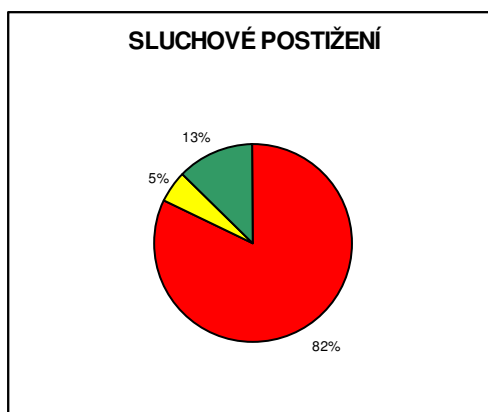
Tabulka č.5

		ano		ne		nevím	
		M	Ž	M	Ž	M	Ž
Zrakové postižení nevidomý, nebo prakticky nevidomý jedinec	1.	8	20			2	
	2.	15	15		1	1	1
	3.	16	21			1	2
	4.	12	13	1	1	1	2
	5.	6	7	1	1	1	1
	C	57	76	2	3	6	6
	C	133		5		12	
Sluchové postižení hluchý jedinec	1.	6	17	3	2	1	1
	2.	15	13		1	1	3
	3.	15	21			2	2
	4.	12	12	1		2	3
	5.	6	6		1	2	2
	C	54	69	4	4	8	11
	C	123		8		19	
Těžké mentální postižení	1.	2	2	2	3	6	15
	2.	6	5	4	5	6	7
	3.	5	11	3	1	9	11
	4.	5	6	3	1	6	9
	5.	2	3	2	1	5	4
	C	20	27	14	11	32	46
	C	47		25		78	
Těžké vrozené tělesné postižení	1.	4	7	3	3	3	10
	2.	10	10	2	2	4	5
	3.	14	17	1		2	6
	4.	10	11	1		3	5
	5.	6	5	1	1	2	2
	C	44	50	8	6	14	28
	C	94		14		42	
Těžké získané tělesné postižení	1.	7	12	1	1	2	7
	2.	12	14	0	2	3	2
	3.	14	18			3	5
	4.	11	13	1		2	3
	5.	6	8		1	1	1
	C	50	65	2	4	11	18
	C	115		6		29	

Odpovědi vzhledem k věku se liší u odpovědi *ne*. Více negativních odpovědí je ve věkové kategorii do dvaceti a třiceti let. U sluchového postižení negativně odpovědělo v těchto věkových kategoriích 6 dotazovaných (to je 75 % z negativních odpovědí) , u mentálního postižení negativně odpovědělo 14 dotazovaných (to je 56 %) a 10 dotazovaných (to je 71 %) u vrozeného tělesného postižení. V odpovědi *ano* mají mírnou převahu ženy u jedinců se zrakovým, sluchovým, mentálním a získaným tělesným postižením.

Graf č.4 Přátelský vztah s člověkem s postižením

- ano
- ne
- nevím



S osobami se závažným zrakovým postižením by se dokázalo přátelit 133 dotazovaných (to je 89 %), se sluchově postiženými 123 dotazovaných (to je 82%), s osobami se získaným tělesným postižením 115 dotazovaných (to je 77 %), s osobami se závažným vrozeným tělesným postižením 94 dotazovaných (to je 63 %). S osobami s těžkým mentálním postižením by se dokázalo přátelit jen 47 dotazovaných (to je 31 %).

3.4.3.3 Partnerský vztah s člověkem s postižením

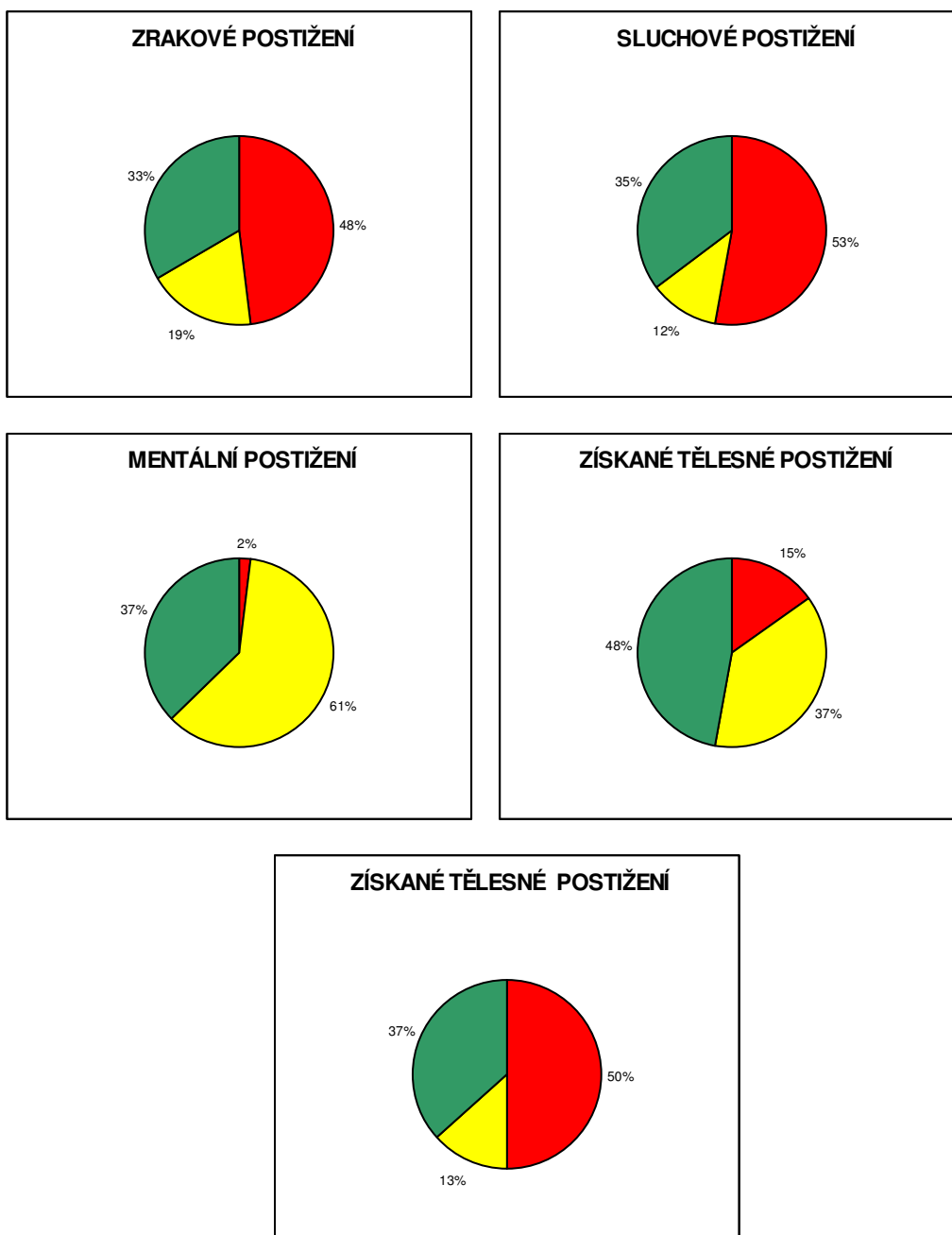
Tabulka č. 6

		ano		ne		nevím	
		M	Ž	M	Ž	M	Ž
Zrakové postižení nevidomý, nebo prakticky nevidomý jedinec	1.	2	6	5	4	3	10
	2.	10	8	2	2	4	7
	3.	13	12	2	3	2	8
	4.	6	8	3	3	5	5
	5.	4	3	2	2	3	3
	C	35	37	14	14	17	33
	C	72		28		50	
Sluchové postižení hluchý jedinec	1.	3	6	5	2	2	12
	2.	13	9	1	1	2	7
	3.	14	12		2	3	9
	4.	8	7	3	1	3	8
	5.	5	2	1	2	3	4
	C	43	36	10	8	13	40
	C	79		18		53	
Těžké mentální postižení	1.			7	14	3	6
	2.	1		12	11	3	6
	3.	1		10	13	6	10
	4.			9	8	5	8
	5.		1	4	3	5	4
	C	2	1	42	49	22	34
	C	3		91		56	
Těžké vrozené tělesné postižení	1.			6	9	4	11
	2.	7	2	2	6	7	9
	3.	3	4	7	9	7	10
	4.	2	3	6	5	6	8
	5.	1	1	4	2	4	5
	C	13	10	25	31	28	43
	C	23		56		71	
Těžké získané tělesné postižení	1.	1	16	6		3	4
	2.	7	11	2	2	7	4
	3.	9	15	1		7	8
	4.	5	6	3	2	6	8
	5.	3	2	2	2	4	4
	C	25	50	14	6	27	28
	C	75		20		55	

V názorech na život v partnerském vztahu s osobou s postižením se liší odpovědi mužů a žen. V partnerském vztahu s člověkem se závažným sluchovým postižením si myslí, že by mohlo žít 43 mužů (65 % dotazovaných mužů) a 36 žen (42 % dotazovaných žen). S člověkem se závažným získaným tělesným postižením si myslí, že by mohlo žít 25 mužů (37,8% dotazovaných mužů) a 50 žen (59,5 % dotazovaných žen). Vzhledem k věku je více negativních odpovědí u věkové kategorie do dvaceti let.

Graf č. 5 Partnerský vztah s člověkem s postižením

- ano
- ne
- nevím



V partnerském vztahu s člověkem se závažným sluchovým postižením by mohlo žít 79 dotazovaných (to je 53 %). S člověkem se závažným získaným tělesným postižením by mohlo žít 75 dotazovaných (to je 50%). S osobou se závažným zrakovým postižením by mohlo žít 70 dotazovaných to je (48 %). Odpovědi mužů a žen se výrazně neliší. Nejméně osob si myslí, že by mohlo žít v partnerském vztahu s osobou s těžkým mentálním postižením, pouze 3 dotazovaných (to je 2%).

3.4.4 Oblast pocitů vyvolávaných lidmi s postižením

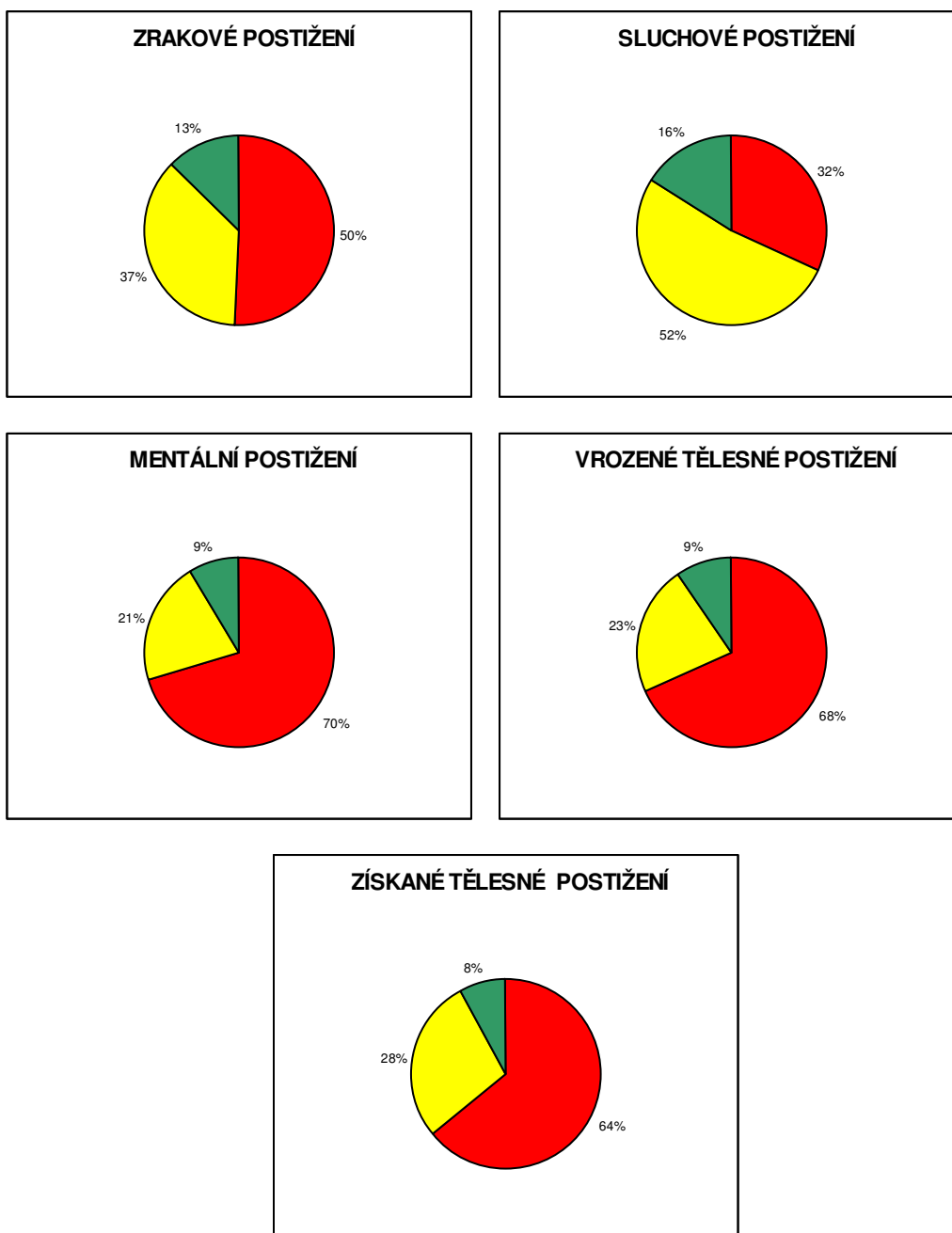
3.4.4.1 Pocit lítosti

Tabulka č. 7

		silnou		slabou		žádnou	
		M	Ž	M	Ž	M	Ž
Zrakové postižení nevidomý, nebo prakticky nevidomý jedinec	1.	8	10	2	10		
	2.	9	7	6	8	1	2
	3.	8	9	6	10	3	4
	4.	7	7	3	6	4	3
	5.	6	5	2	2	1	1
	C	38	38	19	36	9	10
	C	76		55		19	
Sluchové postižení hluchý jedinec	1.	3	7	6	12	1	1
	2.	8	5	5	9	3	3
	3.	5	6	10	13	2	4
	4.	3	4	8	8	3	4
	5.	3	4	4	3	2	1
	C	22	26	33	45	11	13
	C	48		78		24	
Těžké mentální postižení	1.	9	17	1	2		1
	2.	12	11	2	6	1	1
	3.	8	14	8	6	1	3
	4.	11	11	1	3	2	2
	5.	6	6	2	1	1	1
	C	46	59	14	18	5	8
	C	105		32		13	
Těžké vrozené tělesné postižení	1.	10	17		3		
	2.	10	11	5	5	1	1
	3.	11	12	5	8	1	3
	4.	10	10	1	3	3	3
	5.	5	6	3	1	1	1
	C	46	56	14	20	6	8
	C	102		34		14	
Těžké získané tělesné postižení	1.	9	18	1	2		
	2.	11	9	4	7	1	1
	3.	11	11	6	9		3
	4.	8	9	3	5	3	2
	5.	5	5	3	2	1	1
	C	44	52	17	25	5	7
	C	96		42		12	

Silnou lítost vůči osobám s postižením více pociťují dotazovaní ve věkové kategorii do dvaceti let. Zvláště vůči osobám s mentální a tělesným postižením. Výrazné rozdíly mezi odpovědi mužů a žen nejsou.

Graf č. 6 Pocit lítosti



Nejsilnější pocit lítosti vyvolávají osoby s těžkým mentálním postižením – 105 dotazovaných (to je 70%). Dále se závažným vrozeným tělesným postižením – 102 dotazovaných (to je 68%), se závažným získaným tělesným postižením – 96 dotazovaných (to je 64%) a se závažným zrakovým postižením – 76 dotazovaných (50 %). Nejméně pocit lítosti vyvolávají osoby se závažným sluchovým postižením - silný pocit lítosti vyvolávají u 48 dotazovaných (to je 32%). Odpovědi se u mužů a žen výrazně neliší.

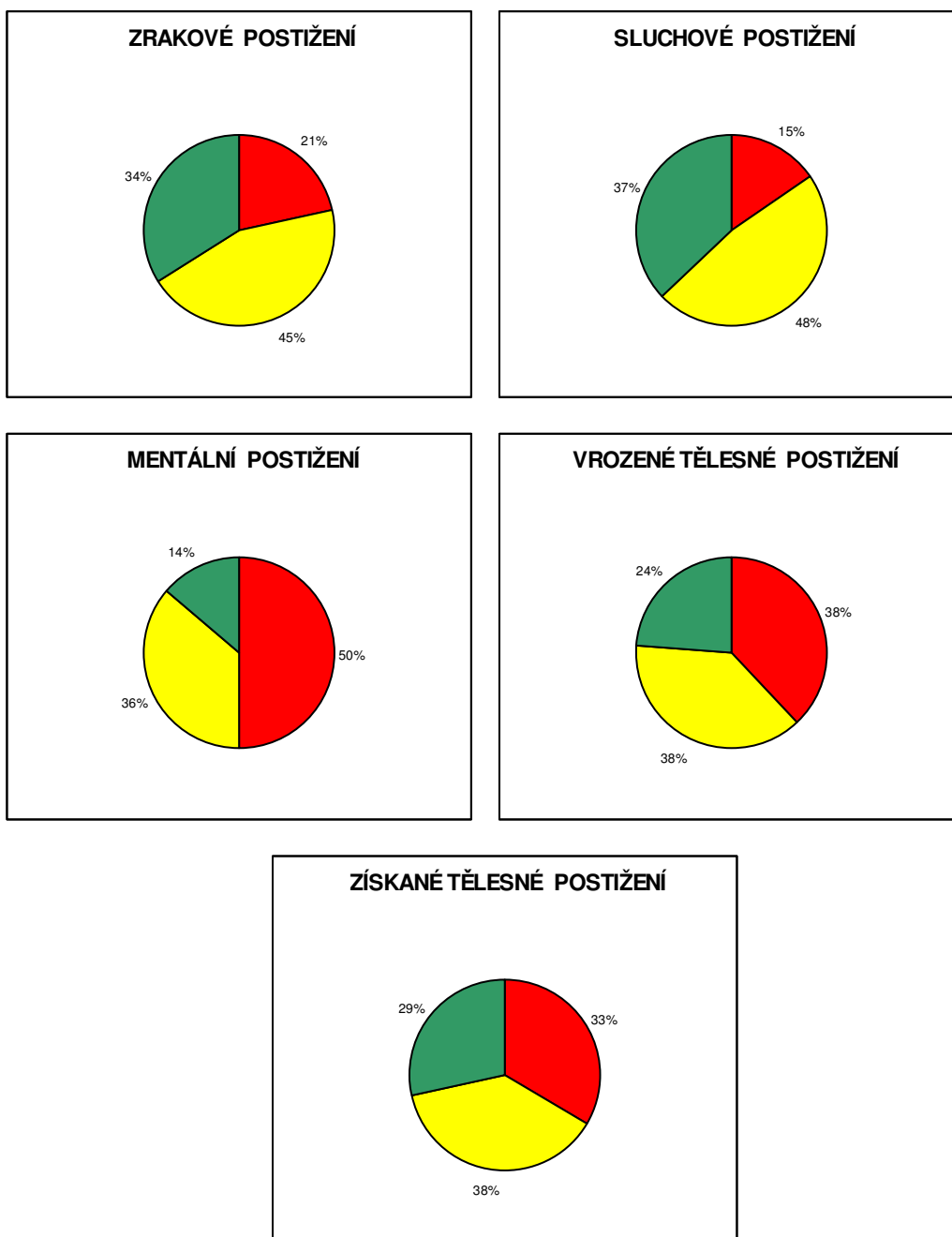
3.4.4.2 Pocit nejistoty

Tabulka č. 8

		silnou		slabou		žádnou	
		M	Ž	M	Ž	M	Ž
Zrakové postižení nevidomý, nebo prakticky nevidomý jedinec	1.	5	5	1	12	4	3
	2.	2	3	7	9	7	5
	3.	2	1	6	13	9	9
	4.	4	6	4	4	6	6
	5.	2	2	6	5	1	1
	C	15	17	24	43	27	24
	C	32		67		51	
Sluchové postižení hluchý jedinec	1.	3	4	3	13	4	3
	2.	2	6	5	9	8	3
	3.	1	1	5	13	11	9
	4.	1	3	6	7	7	6
	5.	1	1	5	5	2	3
	C	8	15	24	47	32	24
	C	23		71		56	
Těžké mentální postižení	1.	8	13		5	2	2
	2.	5	6	9	8	2	3
	3.	6	9	9	10	2	4
	4.	10	8	2	6	2	2
	5.	5	5	3	2	1	1
	C	34	41	23	31	9	12
	C	75		54		21	
Těžké vrozené tělesné postižení	1.	6	14	1	4	3	2
	2.	3	6	10	6	3	5
	3.	2	7	8	10	7	6
	4.	6	6	3	7	5	3
	5.	4	3	4	4	1	1
	C	21	36	26	31	19	17
	C	57		57		36	
Těžké získané tělesné postižení	1.	4	12	4	6	2	2
	2.	4	5	8	8	4	4
	3.	2	6	8	10	7	7
	4.	4	6	3	4	7	6
	5.	3	4	3	3	3	1
	C	17	33	26	31	23	20
	C	50		57		43	

Silnější pocit nejistoty uvádějí dotazovaní ve věkové kategorii do dvaceti let a to zejména vůči osobám s mentálním a tělesným postižením. Dotazované ženy pocítují silnější nejistotu než muži vůči osobám se sluchovým a získaným tělesným postižením.

Graf č. 7 Pocit nejistoty



Silný pocit nejistoty vyvolávají osoby s těžkým mentálním postižením u 75 dotazovaných (to je 50%), dále osoby s těžkým vrozeným tělesným postižením u 57 dotazovaných (to je 38%), osoby se získaným tělesným postižením u 50 dotazovaných (to je 33 %) a osoby se závažným zrakovým postižením u 32 dotazovaných (to je 21 %). Pocit nejistoty nejméně vzbuzují osoby se závažným sluchovým postižením, pouze u 23 dotazovaných (15 %). Názory mužů a žen se výrazně liší pouze u osob se získaným tělesným postižením. Silnou nejistotu vyvolávají osoby s tímto postižením u 25,7 % dotazovaných mužů a 39 % dotazovaných žen.

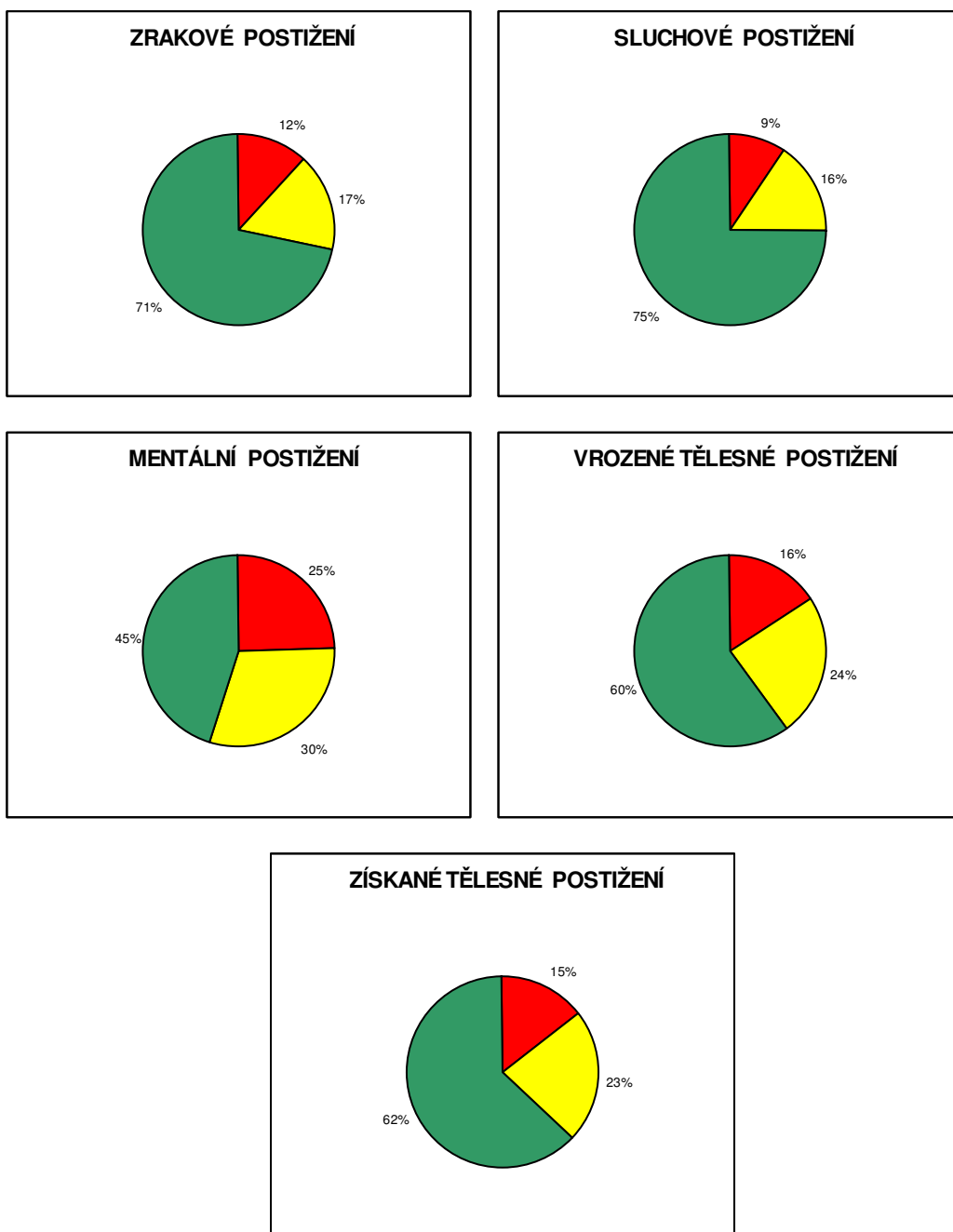
3.4.4.3 Pocit strachu

Tabulka č. 9

		silný		slabý		žádný	
		M	Ž	M	Ž	M	Ž
Zrakové postižení nevidomý, nebo prakticky nevidomý jedinec	1.	2	3		4	8	13
	2.	2	3	2	4	12	10
	3.	1	2	1	1	15	20
	4.		3	5	3	9	10
	5.	1	1	3	2	5	5
	C	6	12	11	14	49	58
	C	18		25		107	
Sluchové postižení hluchý jedinec	1.	1	3	1	5	8	12
	2.	1	3	2	4	13	10
	3.	1	1		2	16	20
	4.	1	2	2	3	11	11
	5.		1	3	2	6	5
	C	4	10	8	16	54	58
	C	14		24		112	
Těžké mentální postižení	1.	4	8	2	8	4	4
	2.	2	4	5	6	9	7
	3.	3	3	2	4	12	16
	4.	2	7	5	3	7	6
	5.	2	2	5	5	2	1
	C	13	24	19	26	34	34
	C	37		45		68	
Těžké vrozené tělesné postižení	1.	4	4	1	9	5	7
	2.	2	3	4	5	10	9
	3.	2	2	1	2	14	19
	4.	1	2	4	3	9	11
	5.	2	2	4	3	3	3
	C	11	13	14	22	41	49
	C	24		36		90	
Těžké získané tělesné postižení	1.	4	3	1	11	5	6
	2.	2	3	3	3	11	11
	3.	2	2	1	2	14	19
	4.	2	1	3	4	9	11
	5.	2	1	3	3	4	4
	C	12	10	11	23	43	51
	C	22		34		94	

Silnější pocit strachu uvádějí dotazovaní ve věkové kategorii do dvaceti let a to zejména vůči osobám s mentálním a tělesným postižením. Dotazované ženy pociťují silnější strach než muži vůči osobám s mentálním, sluchovým a zrakovým postižením.

Graf č. 8 Pociť strachu



Pocit strachu v dotazovaných nejvíce vyvolávají osoby s těžkým mentálním postižením. Pocit silného strachu pociťuje 37 dotazovaných (to je 25 %) a slabého 45 dotazovaných (to je 30 %). Nejméně pocit strachu vyvolávají osoby se závažným sluchovým postižením. Pocit silného strachu vyvolávají u 14 dotazovaných (to je 9 %) a slabého u 24 dotazovaných (to je 16%) dotazovaných.

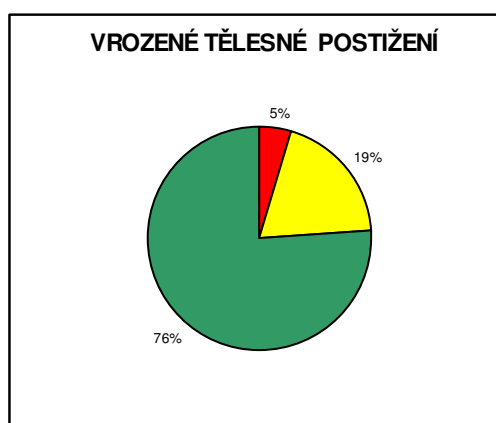
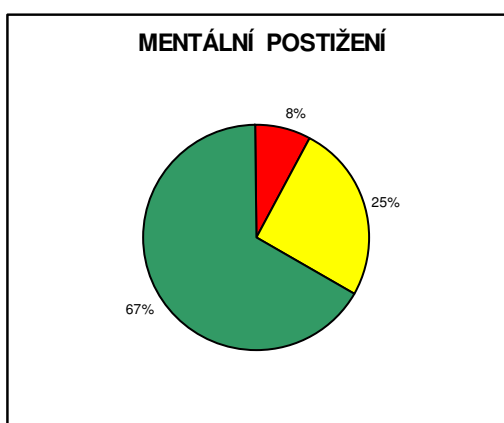
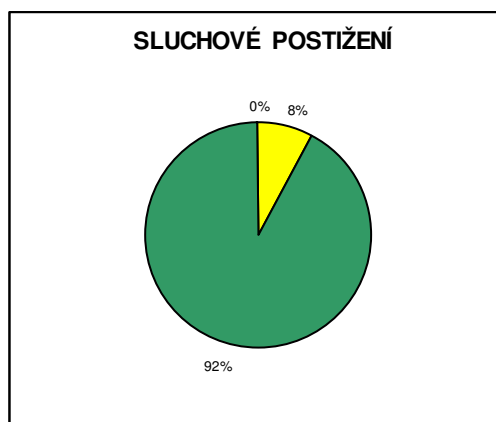
3.4.4.4 Pocit odporu

Tabulka č. 10

		silný		slabý		žádný	
		M	Ž	M	Ž	M	Ž
Zrakové postižení nevidomý, nebo prakticky nevidomý jedinec	1.			2	2	8	18
	2.			1	1	15	16
	3.			1	1	16	22
	4.			2	1	12	15
	5.				1	9	7
	C	0	0	6	6	60	78
	C	0		12		138	
Sluchové postižení hluchý jedinec	1.			2	1	8	19
	2.			1	1	15	16
	3.			1	2	16	21
	4.			1	1	13	15
	5.			1	1	8	7
	C	0	0	6	6	60	78
	C	0		12		138	
Těžké mentální postižení	1.	3	2	3	3	4	15
	2.	1	1	2	5	13	11
	3.	1		3	5	13	18
	4.	1	1	6	6	7	9
	5.	1	1	3	2	5	5
	C	7	5	17	21	42	58
	C	12		38		100	
Těžké vrozené tělesné postižení	1.	3		2	6	5	14
	2.		1	2	1	14	15
	3.	1		2	3	14	20
	4.	1		5	3	8	13
	5.		1	4	1	5	6
	C	5	2	15	14	46	68
	C	7		29		114	
Těžké získané tělesné postižení	1.	2	1	2	3	6	16
	2.	1		1	2	14	15
	3.			3	3	14	20
	4.		1	3	2	11	13
	5.		1	1		8	7
	C	3	3	10	10	53	71
	C	6		20		124	

Odpovědi se u mužů a žen výrazně neliší. Větší pocit odporu vůči osobám s postižením lze sledovat u věkové kategorie do dvaceti let, především vůči osobám s mentálním a tělesným postižením.

Graf č. 9 Pocit odporu



Pocit odporu u dotazovaných nejvíce vyvolávají osoby s těžkým mentálním postižením. Pocit silného odporu pociťuje 12 dotazovaných (to je 8%) a slabého 38 dotazovaných (to je 25 %) dotazovaných. Osoby se závažným vrozeným tělesným postižením vyvolávají pocit silného odporu u 7 dotazovaných (to je 5 %) a slabého u 29 dotazovaných (to je 9%) dotazovaných. Nejméně vyvolávají pocit odporu shodně osoby se závažným zrakovým postižením a se závažným sluchovým postižením - slabý pocit odporu pociťuje 12 dotazovaných (to je 8%).

3.4.4.5 Pocit lhostejnosti

Tabulka č. 11

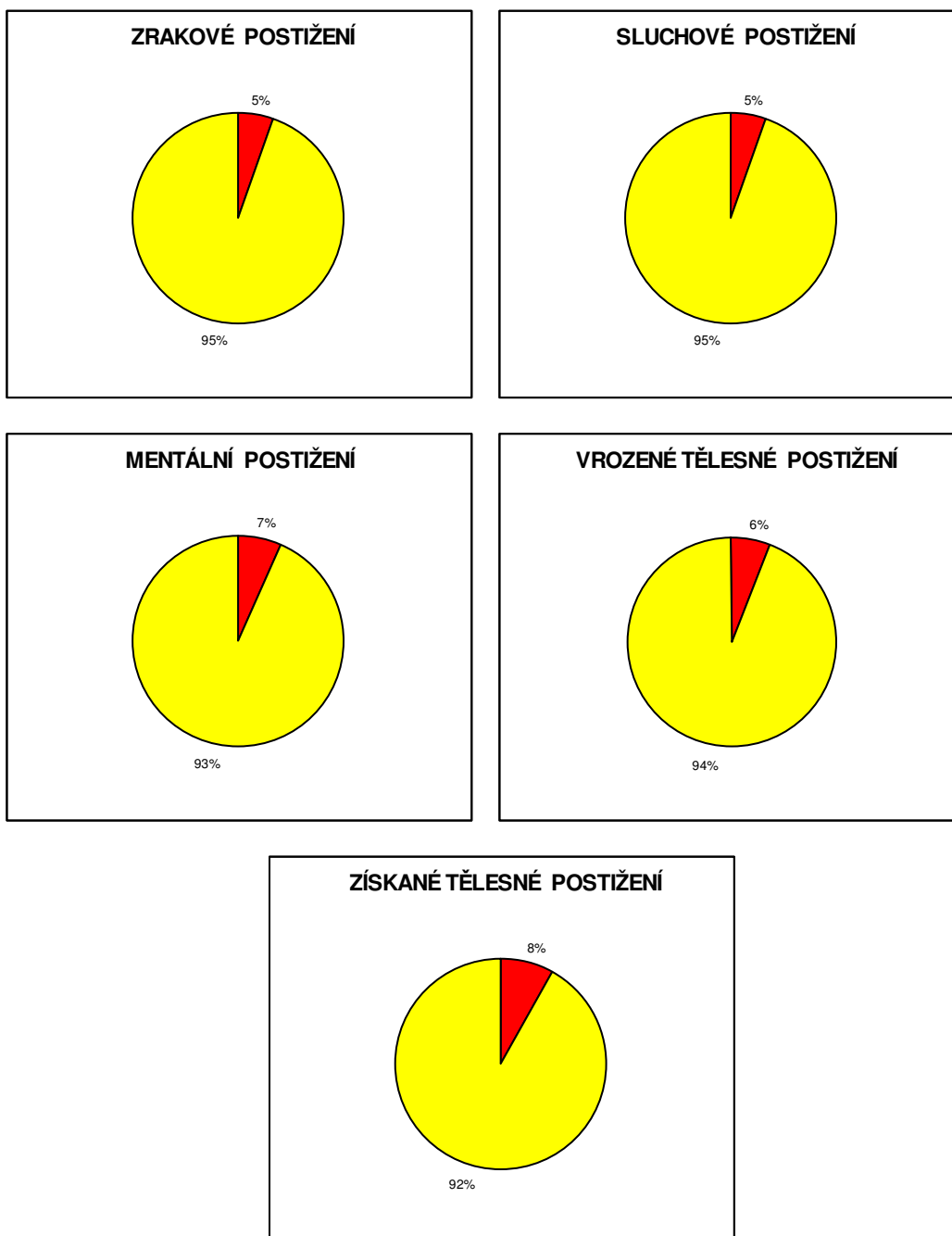
		ano		ne	
		M	Ž	M	Ž
Zrakové postižení nevidomý, nebo prakticky nevidomý jedinec	1		1	10	19
	2	1		15	17
	3			17	23
	4	2	2	12	14
	5	1	1	8	7
	C	4	4	62	80
	C	8		142	
Sluchové postižení hluchý jedinec	1	1	1	9	19
	2	1	1	15	16
	3			17	23
	4	1	2	13	14
	5		1	9	7
	C	3	5	63	79
	C	8		142	
Těžké mentální postižení	1		1	10	19
	2	1	1	15	16
	3			17	23
	4	2	3	12	13
	5	1	1	8	7
	C	4	6	62	78
	C	10		140	
Těžké vrozené tělesné postižení	1			10	20
	2	1	1	15	16
	3			17	23
	4	1	2	13	14
	5	2	2	7	6
	C	4	5	62	79
	C	9		141	
Těžké získané tělesné postižení	1	1	1	9	19
	2	1	1	15	16
	3		1	17	22
	4	2	3	12	13
	5	1	1	8	7
	C	5	7	61	77
	C	12		138	

Odpovědi se u mužů a žen výrazně neliší. Mírně větší pocit lhostejnosti vůči osobám s postižením lze sledovat u věkové kategorie 45 – 60 let.

Graf č. 10 Pocit lhostejnosti

■ ano

■ ne



Pocit lhostejnosti vůči osobám s postižením přiznalo jen poměrně malé procento dotazovaných. K osobám se závažným získaným tělesným postižením pociťuje lhostejnost 12 dotazovaných (to je 8%), k osobám s těžkým mentálním postižením 10 dotazovaných (to je 7%), k osobám s závažným vrozeným tělesným postižením 9 dotazovaných (to je 6%), k osobám se závažným zrakovým a sluchovým postižením shodně po 8 dotazovaných (to je 5%).

3.4.5 Vyhodnocení předpokladů

- Předpoklad, že těžké mentální postižení bude považováno častěji za velmi závažné, než ostatní postižení, se potvrdil. Těžké mentální postižení za velmi závažné označilo 77 % dotazovaných. Dále za velmi závažné označili respondenti postižení v následujícím pořadí: těžké vrozené tělesné postižení – 63 % dotazovaných, těžké získané tělesné postižení – 51 % dotazovaných, zrakové postižení – 45 % dotazovaných, sluchové postižení – 19 % dotazovaných.
- Předpoklad, že za osoby, které potřebují velmi velkou míru pomoci budou nejčastěji označovány osoby s těžkým mentálním postižením, se potvrdil. Názor, že velmi velkou podporu potřebují osoby s těžkým mentálním postižením má 72 % dotazovaných. Dále respondenti potřebu velmi velké míry pomoci označili v následujícím pořadí: osoby s těžkým vrozeným tělesným postižením – 62 % dotazovaných, s těžkým získaným tělesným postižením – 50 % dotazovaných, se zrakovým postižením – 32 % dotazovaných, se sluchovým postižením – 9 % dotazovaných. Názor na míru potřebné pomoci odpovídá názoru na závažnost jednotlivých postižení.
- Předpoklad, že za osoby, kterým by dokázali pomoci, respondenti nejčastěji označí osoby se zrakovým postižením, se potvrdil. 87 % dotazovaných si myslí, že by dokázali pomoci člověku se zrakovým postižením, dále pak se sluchovým postižením – 70 % dotazovaných, s těžkým získaným tělesným postižením – 55 % dotazovaných, s těžkým vrozeným tělesným postižením – 41 % dotazovaných, s těžkým mentálním postižením – 25 % dotazovaných. To, že nejvíce dotazovaných označilo jedince se zrakovým postižením za osoby, kterým by dokázalo pomoc souvisí s několika faktory. Lidé si dovedou celkem konkrétně představit, jakou pomoc by mohl nevidomý člověk potřebovat. V minulosti nedocházelo k tak velké segregaci zrakově postižených, jako osob s ostatním postižením, zvláště mentálním.
- Předpoklad, že za osoby, se kterými by se mohli přátelit, budou nejčastěji označeny osoby se zrakovým postižením, se potvrdil. S jedinci se zrakovým postižením by se dokázalo přátelit 89 % dotazovaných, se sluchovým postižením 82 % dotazovaných, se získaným tělesným postižením 77 % dotazovaných, s vrozeným tělesným postižením 63 % dotazovaných a s těžkým mentálním postižením 31 % dotazovaných. Zrakové postižení je i ve své nejzávažnější podobě společensky nejméně odmítaným

postižením. Svou roli hraje i obdiv lidí nad schopnostmi, kterými zrakově postižení jedinci kompenzují své postižení. Podstatné je i to, že v minulosti nebyli vyčleňováni ze společnosti a byli častěji zapojováni do pracovního procesu.

- Předpoklad, že za osoby, se kterými by mohli žít v partnerském vztahu, budou nejčastěji označeny osoby se zrakovým postižením, se nepotvrdil. Nejvíce respondentů (53 %) odpovědělo, že by mohlo žít v partnerském vztahu s osobou se sluchovým postižením. Tato odpověď zřejmě souvisí s názorem na závažnost a míru potřebné pomoci u tohoto postižení, které bylo označeno z uvedených postižení za nejméně závažné a tomu odpovídá i míra potřebné pomoci. Dále 50 % dotazovaných odpovědělo, že by mohlo žít v partnerském vztahu s osobou s těžkým získaným tělesným postižením. Tyto odpovědi souvisí s tím, že si lidé uvědomují, že v důsledku nehod, nemocí, ale i sportovních aktivit, může dojít k závažnému poškození zdraví a tělesnému postižení. Toto postižení není dostatečný důvod, aby svého partnera opustili, nebo jím byli opuštěni. Díky medializaci a paralympiádám si i lidé s tělesným postižením, získávají obdiv, za způsob, jakým se vyrovnávají se svým postižením.
- Předpoklad, že pocit lítosti budou u respondentů nejčastěji vyvolávat osoby s mentálním postižením, se potvrdil. Silnou lítost vyvolávají osoby s těžkým mentálním postižením u 70 % dotazovaných. Tento postoj souvisí jednak s názorem na míru závažnosti tohoto postižení a dále s ambivalentním přístupem k postiženým. Postižení vzbuzují lítost, ale současně nejistotu, strach a odpor.
- Předpoklad, že pocit nejistoty, strachu a odporu budou u respondentů nejčastěji vyvolávat osoby s těžkým mentálním postižením, se potvrdil. Silný pocit nejistoty vyvolávají u 50% dotazovaných. Silný pocit strachu vyvolávají osoby s těžkým mentálním postižením u 25 % dotazovaných a slabý pocit strachu u 30 % dotazovaných. Silný pocit odporu vyvolávají osoby s těžkým mentálním postižením u 8 % dotazovaných a slabý pocit odporu u 25 % dotazovaných. Tento postoj je ovlivněn jednak předsudky, stigmatizací a neznalostí problematiky, ale i tím, že po dlouhou dobu byli tito jedinci segregováni z běžné společnosti. Důležitým faktorem je i obtížnost dorozumění a omezenější možnost odhadnout reakce jedinců s mentálním postižením.
- Předpoklad, že více než 80 % dotazovaných nebude vůči lidem se zdravotním postižením lhostejných se potvrdil. Více než 90 % dotazovaných uvedlo, že u nich lidé s postižením nevyvolávají pocit lhostejnosti. Je to ovlivněno skutečností, že po roce 1990 se začalo veřejně hovořit o problematice lidí se zdravotním postižením.

4 ZÁVĚR

Z výsledků průzkumu vyplývá, že nejvíce dotazovaných považuje za velmi závažné těžké mentální postižení a myslí si, že jedinci s tímto postižením potřebují největší míru pomoci. Zároveň pouze 25 % dotazovaných si myslí, že by dokázalo takto postiženým pomoci. Osoby s mentálním postižením vyvolávají u největšího počtu dotazovaných lítost a zároveň nejistotu, strach a odpor. Tato názory a pocity mohou vyplývat z neznalosti problematiky, protože osoby s mentálním postižením byli dlouhodobě segregovány ze společnosti a ovlivněny předsudky a stigmatizací.

Jako další považují respondenti za velmi závažné těžké vrozené tělesné postižení. Osoby s tímto postižením vyvolávají u dotazovaných obdobné pocity jako osoby s mentálním postižením, ale v menší míře.

Jedinci se získaným tělesným postižením mají výrazně jiné postavení, než jedinci s vrozeným tělesným postižením. Jejich postižení je sice 51 % dotazovanými označeno za velmi vážné a 50% dotazovaných si myslí, že potřebují velmi velkou míru pomoci. Ale výrazně více respondentů je názoru, že by s osobou se získaným tělesným postižením se mohlo přátelit a žít v partnerském vztahu. Tento fakt je ovlivněn skutečností, že až do získání postižení mohl dotyčný žít běžným životem, získat obdobné zkušenosti jako většina lidí ve společnosti a po změně jeho zdravotního stavu bývá alespoň část vazeb zachována. Je to postižení, u kterého se partner nemusí obávat vlivu dědičnosti.

Zrakové postižení řadí respondenti v závažnosti za získané tělesné postižení a tomu odpovídá i názor na míru potřebné pomoci. Zrakové postižení je společensky nejméně odmítaným postižením. Největší procento dotazovaných si myslí, že by dokázalo lidem se zrakovým postižením pomoc a přátelit se s nimi. Osoby se zrakovým postižením vyvolávají spolu se sluchovým postižením u dotazovaných nejméně pocit nejistoty, strachu a odporu.

Nejméně dotazovaných považuje za velmi závažné sluchové postižení a nejvíce dotazovaných, zvláště mužů, si myslí, že by mohli žít v partnerském vztahu s osobou se sluchovým postižením. Tyto názory jsou ovlivněny neznalostí problematiky těžce sluchově postižených jedinců a neuvědoměním si náročnosti komunikace s takto postiženým jedincem.

Pozitivními se jeví, vzhledem k možnosti začleňování osob se zdravotním postižením do společnosti, odpovědi na otázky týkající se vztahu a pomoci osobám s postižením. Vysoké procento dotazovaných odpovědělo, že by dokázali pomoci osobám s postižením a přátelit se s nimi. Malé procento respondentů přiznalo, že by vůči osobám s postižením pociťovali strach, odpor a lhostejnost.

5 NAVRHOVANÁ DOPORUČENÍ

Z vyhodnocení odpovědí zkoumaného vzorku můžeme usuzovat, že postoj společnosti k osobám se zdravotním postižením není negativní a tudíž začleňování osob se zdravotním postižením do společnosti a jejich soužití by z tohoto hlediska nemělo být problematické. Problémy budou zřejmě v oblasti ekonomické.

Povědomí o problematice jednotlivých zdravotních postiženích je různé a ne vždy správné. Proto by bylo vhodné v médiích věnovat více prostoru seriózním informacím o životě a problematice osob se zdravotním postižením.

Další způsob, jak zvýšit povědomí veřejnosti o problematice osob se zdravotním postižením jsou Dny otevřených dveří v zařízeních poskytujících služby lidem se zdravotním postižením, besedy s odborníky i s lidmi se zdravotním postižením, společné akce, výstavy prací osob s handicapem.

Část osob se zdravotním postižením by se ráda maximálně začlenila do běžného života a s tím souvisí i možnost pracovního uplatnění. Vhodných pracovních míst je však málo a lidé s postižením potřebují pomoc při získání pracovního místa. Proto by měl být podporován vznik Agentur podporovaného zaměstnávání, jejíž pracovníci pomáhají lidem se zdravotním znevýhodněním uplatnit se na otevřeném trhu práce. Dále by měl být prostřednictvím Úřadu práce podporován vznik a udržení chráněných míst případně chráněných dílen.

Státem by měli být více podporovány neziskové organizace, které jsou alternativou k ústavní péči a umožňují osobám s postižením žít v přirozeném prostředí. Tyto organizace mají většinou omezené zdroje a fungují díky grantům a projektům. Nový zákon o sociálních službách tento problém dostatečně neřeší.

V neposlední řadě by měly obce věnovat více pozornosti bezbariérovým přístupům do veřejných budov, bezbariérovým úpravám chodníků a možnosti využívání prostředků hromadné dopravy osobami se zdravotním znevýhodněním. Protože tyto bariéry jsou v některých místech větší než ty mezilidské.

6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- GIDDENS, Antony. *Sociologie*. 1.vyd. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4.
- HAYESOVÁ, Nicky. *Základy sociální psychologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-763-9.
- KÁBELE, František, KOLLÁROVÁ, Ema, KOČÍ, Jiří, KRACÍK, Jiří. *Somatopedie*. 1.vyd. Praha: 1993. ISBN 80-7066-533-5
- KRAHULCOVÁ, Beáta a kolektiv. *Postižený člověk v procesu senescence*. 1.vyd. Praha 2002. ISBN 80-7290-094-3
- KOCOUIROVÁ, Marie a kolektiv. *Speciální pedagogika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Plzeň: 2002. ISBN 80-7082-844-7.
- PEŠATOVÁ, Ilona, ŠVINGALOVÁ, Dana. *Úvod do speciálně pedagogické a sociální problematiky*. 1.vyd. Liberec: 2005. ISBN 80-7083-985-6.
- RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše a kolektiv. *Speciální pedagogika*. 1.vyd. Olomouc : 2003. ISBN 80-244-0646-2
- SKALKOVÁ, Jarmila. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. 2.vyd. Praha : 1985. 14-275-85
- ŠTECH, Stanislav, VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ – MOUSOVÁ, Zuzana. *Psychologie handicapu: Handicap jako psychosociální problém*. 1.vyd. Liberec:1997. ISBN 80-7083-208-8
- ŠVINGALOVÁ, Dana. *Úvod do teorie a praxe psychopédie I.díl*. 1.vyd. Liberec: 2006. ISBN 80-7372-042-6
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2.vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do vývojové psychopatologie I*. 1. vyd. Liberec: 2002. ISBN 80-7083-593-1
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do vývojové psychopatologie II*. 1. vyd. Liberec: 2003. ISBN 80-7083-670-9.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do vývojové psychopatologie III*. 1. vyd. Liberec: 2003. ISBN 80-7083-669-5.

VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ – MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTECH, Stanislav,. *Psychologie handicapu*. 1.vyd. Praha: Karolinum 2001. ISBN 80-7184-929-4

7 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

PŘÍLOHA Č.1

DOTAZNÍK

Informace z tohoto dotazníku budou využity v bakalářské práci. Děkuji Vám za spolupráci.

Své odpovědi zakroužkujte

1. Věk

2. MUŽ ŽENA

3. Dosažené vzdělání

A. základní
B. střední
C. vysokoškolské

4. Student

A. ano
B. ne

5. Studujete, nebo jste studoval(a) některý z oborů : pedagogika, speciální pedagogika, sociologie, psychologie?

A. ano
B. ne

6. Máte v rodině, nebo ve svém okolí člověka s postižením?

A. ano
B. ne

7. Za jak závažné považujete jednotlivá zdravotní postižení ?

Míru závažnosti označte křížkem

	velmi závažné	závažné	středně závažné	celkem nezávažné	zcela nezávažné
zrakové postižení nevidomý,nebo prakticky nevidomý jedinec					
sluchové postižení hluchý jedinec					
těžké mentální postižení					
těžké vrozené tělesné postižení					
těžké získané tělesné postižení (např. pouřazové)					

8. Jakou míru pomoci potřebuje člověk s jednotlivým postižením?

Míru pomoci označte křížkem

	velmi velkou	velkou	střední	malou	žádnou
zrakové postižení nevidomý,nebo prakticky nevidomý jedinec					
sluchové postižení hluchý jedinec					
těžké mentální postižení					
těžké vrozené tělesné postižení					
těžké získané tělesné postižení (např. poúrazové)					

9. Dokázali by jste pomoci člověku s postižením ?

označte křížkem

	ano	ne	nevím
zrakové postižení nevidomý,nebo prakticky nevidomý jedinec			
sluchové postižení hluchý jedinec			
těžké mentální postižení			
těžké vrozené tělesné postižení			
těžké získané tělesné postižení (např. poúrazové)			

10. Dokázali by jste se přátelit s člověkem s postižením ?
označte křížkem

	ano	ne	nevím
zrakové postižení nevidomý,nebo prakticky nevidomý jedinec			
sluchové postižení hluchý jedinec			
těžké mentální postižení			
těžké vrozené tělesné postižení			
těžké získané tělesné postižení (např. pouřazové)			

11. Myslíte si, že by jste mohl(a) žít v partnerském vztahu s člověkem s postižením?
označte křížkem

	ano	ne	nevím
zrakové postižení nevidomý,nebo prakticky nevidomý jedinec			
sluchové postižení hluchý jedinec			
těžké mentální postižení			
těžké vrozené tělesné postižení			
těžké získané tělesné postižení (např. pouřazové)			

12. Jaké pocity ve Vás vyvolává člověk s jednotlivým zdravotním postižením?
označte křížkem

A) LÍTOST

	silnou	slabou	žádnou
zrakové postižení nevidomý,nebo prakticky nevidomý jedinec			
sluchové postižení hluchý jedinec			
těžké mentální postižení			
závažné vrozené tělesné postižení			
závažné získané tělesné postižení (např. poúrazové)			

B) NEJISTOTU

	silnou	slabou	žádnou
zrakové postižení nevidomý,nebo prakticky nevidomý jedinec			
sluchové postižení hluchý jedinec			
těžké mentální postižení			
závažné vrozené tělesné postižení			
závažné získané tělesné postižení (např. poúrazové)			

C) STRACH

	silný	slabý	žádný
zrakové postižení nevidomý,nebo prakticky nevidomý jedinec			
sluchové postižení hluchý jedinec			
těžké mentální postižení			
závažné vrozené tělesné postižení			
závažné získané tělesné postižení (např. poúrazové)			

D) ODPOR

	silný	slabý	žádný
zrakové postižení nevidomý,nebo prakticky nevidomý jedinec			
sluchové postižení hluchý jedinec			
těžké mentální postižení			
závažné vrozené tělesné postižení			
závažné získané tělesné postižení (např. poúrazové)			

E) LHOSTEJNOST

	ano	ne
zrakové postižení nevidomý,nebo prakticky nevidomý jedinec		
sluchové postižení hluchý jedinec		
těžké mentální postižení		
závažné vrozené tělesné postižení		
závažné získané tělesné postižení (např. poúrazové)		